DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS

LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

LORSQUE L'ENFANT EST VIABLE

PAR

Le Dr A. ORRILLARD

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Membre correspondant de la Société Anatomique
Médaille de bronze de l'Assistance publique



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1894

R51339

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS

LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

LORSQUE L'ENFANT EST VIABLE

INTRODUCTION

Le traitement de la grossesse extra-utérine dans la seconde moitié de son évolution, lorsque l'enfant est vivant, est des plus difficiles ; aussi beaucoup de chirurgiens et d'accoucheurs en étaient venus à conseiller l'expectation, en présence des statistiques meurtrières qui ont été publiées. Actuellement, il y a une tendance marquée à intervenir et à essayer de sauver par une opération hardie la mère et l'enfant. C'est en faveur de cette intervention que nous venons plaider.

Nous ne nous faisons pas d'illusion sur la difficulté d'un tel sujet. On ne peut arriver à des conclusions fermes sur bien des points, d'une part parce que cette affection se présente sous des aspects très divers, et d'autre part parce que beaucoup des observations publiées sont peu détaillées, au point de vue anatomique comme au point de vue opératoire. Et cependant, il serait de la dernière importance de connaître les conditions anatomiques de chaque cas, pour arriver à en déduire le procédé opératoire le plus approprié.

Nous nous sommes efforcé de recueillir dans ce travail toutes les observations de grossesses ectopiques avec enfant viable, qui ont été opérées. Malheureusement, il nous a été impossible de les trouver toutes dans le texte original ; quelques-unes même n'ont que de simples indications.

Nous avons fait partir la viabilité de l'enfant du septième mois ; c'est ainsi que ce terme est compris en médecine légale. Nous ne faisons donc que nous conformer à l'usage, bien qu'avec la couveuse et le gavage on puisse arriver à sauver des enfants avant cette époque.

On nous reprochera peut-être d'avoir choisi une limite artificielle pour notre sujet, puisque à n'importe quelle époque de la grossesse ectopique l'enfant est une quantité secondaire par rapport à la mère. D'autant plus que dans l'étude du manuel opératoire il nous arrivera de parler de procédés appliqués alors que l'enfant n'avait pas atteint le septième mois, ou même après qu'il était mort. Nous reconnaissons la valeur de cette observation, mais la grossesse ectopique est un sujet tellement vaste qu'il nous a paru préférable de limiter nos efforts et d'essayer de faire un travail aussi complet que possible.

Nous ne nous occuperons ici que des grossesses extra-utérines proprement dites : par conséquent, nous éliminons les grossesses abdominales secondaires à une rupture de l'utérus, et aussi celles où l'œuf s'est développé dans une corne utérine accessoire.

CHAPITRE I

De la légitimité des interventions dans les grossesses extra-utérines pendant la viabilité de l'enfant. Conditions et moment de cette intervention.

Les chirurgiens, en présence d'une grossesse extra-utérine parvenue au delà du septième mois, se sont partagés en deux camps. Les uns, redoutant les dangers réels de l'opération pendant la vie de l'enfant, conseillent soit d'attendre la mort du fœtus, soit même de la provoquer avant d'intervenir (1); les autres, plus hardis, opèrent au contraire du vivant de l'enfant. Les premiers ont en vue seulement la guérison de la mère et considèrent l'enfant comme négligeable, les seconds essaient de sauver les deux existences. C'est l'opinion de ces derniers que nous allons soutenir, en examinant et essayant de réfuter les objections qui ont été émises contre cette manière de faire. Disons de suite que, avec presque tous les auteurs, nous appellerons *opération primitive* celle faite du vivant de l'enfant, et *opération secondaire* l'intervention après sa mort.

Les partisans de l'opération secondaire font à celle pratiquée du vivant de l'enfant deux grandes objections :

1° Cette intervention a une mortalité considérable due, la plupart du temps, à la production d'hémorrhagies difficiles ou même impossibles à arrêter. Elles se produisent, comme l'a fait remarquer Maygrier, soit au moment de l'incision qui a été faite sur le placenta, soit pendant l'opération, par blessure ou décollement du placenta, soit après l'opération, lors de l'élimination des restes du délivre. C'est donc le placenta qui est directement en cause, et cela parce que sa circulation est en pleine activité. De sorte que, si par la mort du fœtus nous parvenons à rendre moins active ou

(1) M. Lugeol, chirurgien de la Maternité de Bordeaux, a publié, en janvier 1893, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, une observation fort intéressante où cette conduite a été suivie.

même à supprimer cette ciculation, le danger de l'hémorrhagie se trouve par cela même très diminué.

2° Les fœtus ectopiques sont rarement viables, ils sont mal développés ou présentent, par suite des conditions très spéciales où ils se trouvent, des malformations qui rendent leur sacrifice beaucoup moins pénible.

On ne peut nier que jusqu'à ces dernières années la mortalité était effrayante, et l'on comprend parfaitement les restrictions et les hésitations des chirurgiens partisans de l'opération après la mort du fœtus. Il est vrai de dire que, jusqu'à l'époque antiseptique, ce genre d'opérations n'était pas sorti de la période théorique et que chacune d'elles restait, suivant l'expression de Lawson Tait, une curiosité chirurgicale d'un genre passablement horrible. Chaque auteur jugeait un peu suivant son impression personnelle, n'ayant pour appuyer son opinion qu'une petite quantité de faits, plus ou moins bien rapportés et opérés dans de très diverses conditions.

Dans son *Traité*, paru en 1876, Parry s'élève avec force contre l'opération primitive et la condamne de la façon la plus formelle.

Depuis, plusieurs statistiques ont été publiées. La première en date est celle de Puech, parue en 1879, mais elle ne contient aucun détail et constate seulement les résultats suivants : 20 cas avec 16 décès pour la mère et 12 pour l'enfant. En 1880, Litzman publiait une statistique de 10 cas, à laquelle Maygrier ajoutait celle de Wœrth, de sorte que, dans sa thèse d'agrégation de 1886, cet auteur arrivait à un total de 17 opérations primitives. Les résultats n'étaient pas brillants. Les voici : 15 morts, 2 guérisons pour les mères; 9 enfants morts en moins de cinquante heures, 8 vivants dont 3 seulement avec des détails ultérieurs. La mortalité était effrayante et arrivait à 88,3 p. 100.

L'année suivante (1887), le Dr Harris, de Philadelphie, publiait un travail dans lequel il était arrivé à réunir 26 opérations faites du vivant de l'enfant (1); rendu pessimiste, il concluait que l'opération primitive devait être considérée comme l'*opprobre de la chirurgie abdominale*. Mais en 1888 à la suite d'un nouvel article où il put arriver à trouver 30 cas, ses idées changèrent et il admit cette intervention.

Les résultats fournis par cette statistique étaient : pour les mères, 5 succès, 25 décès ; pour les enfants, 16 succès, plus ou moins durables.

Depuis cette époque, aucun relevé des cas opérés n'a été fait. Toutes ces

(1) Il y a 27 cas cités, mais l'un d'eux se rapporte à une même observation publiée sous deux noms différents : Schrœder et Hofmeier.

statistiques ont un grave défaut, inhérent peut-être à ce procédé d'étude, mais qu'il est possible d'atténuer. Elles comparent entre eux des cas fort dissemblables au point de vue de la santé de la mère avant l'opération, et cependant, pour le pronostic, cela a une grande importance. Il est bien évident qu'on ne peut comparer avec fruit la même opération faite d'un côté sur une moribonde et de l'autre sur une femme en bonne santé. De plus il y a, il nous semble, intérêt à ne tenir compte que très modérément des observations où de graves fautes opératoires ont été commises. Par exemple, il est clair qu'on ne peut tirer aucun enseignement au point de vue de la valeur absolue de l'opération d'une observation comme celle dite de Heim, où nous lisons ceci : « Le chirurgien ne put rentrer les intestins, malgré des tentatives de réduction et malgré une ponction pour évacuer les gaz qu'ils contenaient. On dut les laisser dehors. »

Pour éviter ces écueils, nous avons cru devoir diviser les 61 cas cités dans notre thèse en deux séries, suivant l'état de la mère. En retranchant le cas dit de Heim, auquel nous faisons allusion plus haut, il nous reste 60 cas, sur lesquels 8 fois la mère a été opérée in extremis, atteinte, la plupart du temps, de péritonite. Nous reviendrons plus loin sur ces cas désespérés; il reste donc 52 observations où l'opération primitive a été faite, la mère étant bien portante. Nous arrivons au résultat suivant pour les mères : 28 guérisons, 24 morts, soit 46 p. 100. On voit déjà le pas immense qui a été fait en sept ans, puisque la plupart des succès ont eu lieu depuis cette époque. Il est à prévoir que ce pourcentage ira en s'améliorant en même temps que la technique opératoire elle-même. L'étude de ces statistiques prouve d'une façon évidente qu'actuellement l'anatomie pathologique et les conditions de la circulation placentaire, dans la grossesse extra-utérine avec enfant viable, sont suffisamment connues pour qu'on puisse lutter avec succès contre les hémorrhagies jadis si redoutées.

Mais ce n'est pas tout ce que l'on peut répondre à la première objection de ceux qui préconisent l'opération secondaire. Est-ce que la mort du fœtus rend l'opération beaucoup plus bénigne? D'après la statistique de Maygrier, concernant les cas que nous étudions spécialement, on arrive à 35,7 p. 100 de mortalité, et d'après celle de Wœrth à 37,7 p. 100; récemment, le professeur Pinard a publié 12 cas avec 11 succès. L'opération secondaire est donc certainement moins grave, bien qu'on puisse lui faire certaines critiques. Le grand défaut de cette intervention est la période d'attente forcée qu'elle nécessite, depuis la mort du fœtus jusqu'au moment

de l'opération. S'il est vrai qu'à cette époque de la grossesse extra-utérine la rupture du sac soit une chose rare, il n'y en a pas moins des observations certaines. Et cette rupture peut amener une hémorrhagie fort grave si elle porte sur l'insertion placentaire. Si la rupture ne se produit pas, le placenta peut s'infecter et donner lieu soit à de la péritonite généralisée, soit à des phénomènes septicémiques, qui influent sur l'état général de la malade, la cachectisent et la mettent dans de bien moins bonnes conditions d'opération. On peut d'ailleurs être forcé de faire des opérations d'urgence, comme Braxton Hicks, Stutter, qui sont parvenus à sauver leurs malades. C'est aussi l'avis du professeur Pinard : « Il est bien entendu, dit cet auteur, que, si des symptômes faisaient craindre ou une rupture ou une transformation purulente de son contenu (du kyste), je n'hésiterais pas à intervenir de suite, au risque de courir les dangers de l'hémorrhagie, ceux-ci étant moins grands que ceux qu'on redoute. »

Un autre point enc e mérite d'être examiné : est-on dans ces cas complètement à l'abri des hémorrhagies ? Les faits répondent non. D'abord on n'est pas fixé absolument sur le temps nécessaire à la cessation de la vascularisation active du placenta. Tandis que le professeur Pinard conseille d'attendre deux mois, Litzman demande quatre à cinq mois. En somme, l'époque de cette oblitération des vaisseaux placentaires est douteuse, et, en prenant dans la statistique des opérations secondaires de Maygrier seulement celles qui ont été faites à une époque éloignée de la mort du fœtus, on trouve encore quatre morts par hémorrhagie pour des cas opérés après neuf semaines et demie (Boinet), quatre mois (Depaul), un mois (Wasseige), trois mois (Kirkley) de rétention. Un cinquième cas, celui de Clarke, où la malade est également morte d'hémorrhagie, ne donne pas la durée de la rétention fœtale. Tuttle, qui a eu des accidents hémorrhagiques dans des cas où l'enfant était mort, admet l'opération primitive. « On peut donc, dit Pozzi, être privé de tous les bénéfices d'une attente qui a laissé mourir l'enfant et a exposé la femme à de nouvelles complications. En effet, et c'est là un point sur lequel il faut insister, dans la léthalité des opérations secondaires, c'est-à-dire différées de propos délibéré, il serait juste de faire entrer en ligne de compte les morts qui sont le résultat de l'expectation elle-même, les septicémies ou péritonites intercurrentes, ayant rendu malheureuse une intervention qui, quelques mois plus tôt, se présentait dans des conditions favorables. »

Ce n'est pas tout. Non seulement la circulation placentaire ne s'atrophie

pas toujours, mais encore de nombreux auteurs pensent que le placenta continue à se développer après la mort du fœtus. Cette question, il est vrai, est encore en discussion. En tout cas Lawson Tait, Alban Doran et tout récemment, à la Société obstétricale de Londres, Thorton, Barbour, Blansuthon ont admis cette opinion. Ces auteurs se fondent sur la disproportion souvent observée entre un placenta très volumineux et un fœtus paraissant beaucoup plus jeune. Lugeol, de Bordeaux, dans l'observation dont il a déjà été question, a pu constater directement l'augmentation de volume du placenta après la mort du fœtus. Les adversaires de cette idée, Berry Hart, Griffith, Honocks, prétendent que la disproportion de volume tient à ce qu'il y a de nombreuses variétés dans les placentas extra-utérins et le dernier auteur admet que ce sont les villosités choriales qui, s'emboîtant sur les organes maternels, prennent leur nourriture dans la circulation sanguine de la mère et continuent à croître. Il cite même un cas où il ne put trouver de fœtus et où les villosités choriales avaient continué à se développer.

Gubb, qui a fait de ce sujet l'objet de sa thèse inaugurale, semble aussi admettre la réalité du développement placentaire après la mort du fœtus.

De cette discussion à propos de la mortalité respective des deux opérations, on peut, avec Pozzi, conclure à l'adoption de l'opération primitive. « Ici, comme dans presque tous les problèmes de thérapeutique abdominale, les objections théoriques des chirurgiens timorés tombent devant les résultats éclatants d'une pratique hardie servie par une bonne technique. »

Examinons maintenant la deuxième objection formulée contre l'opération primitive relativement à la viabilité de l'enfant. — Elle est également très exagérée, et s'il est possible que les conditions anormales dans lesquelles ces enfants se sont développés influent sur leur vitalité, il n'en est pas moins vrai qu'ils ne sont pas fatalement voués à la mort. Grâce au professeur Tarnier, il existe actuellement des moyens suffisants pour élever et conserver les enfants nés chétifs ou avant terme, et il y a lieu d'en tenir grand compte. Les couveuses et le gavage ont permis d'élever des nouveau-nés qui le cèdent souvent comme développement et comme vitalité à certains fœtus ectopiques.

Du reste, l'étude des observations plaide en faveur de la viabilité parfaite des enfants extra-utérins. « Quand un fœtus ectopique, dit Harris, est bien développé et qu'une fois enlevé il a vécu plus d'un mois, il n'y a aucune raison pour qu'il ne continue pas à vivre, si ce n'est le fait qu'il est trop

souvent sans mère et souvent négligé. » C'est aussi l'avis de Lawson Tait, qui, dans une lettre adressée au Dr Harris, cite trois enfants qu'il a sauvés par la laparotomie dans des grossesses extra-utérines : 1° une fille de 8 ans, très intelligente et d'une beauté peu commune ; 2° une seconde fille, très belle enfant ; 3° un garçon qu'il espère prendre comme successeur et comme fils adoptif.

Nos observations, étudiées au point de vue des enfants, donnent le résultat suivant :

Sur 61 enfants nés par des opérations primitives, nous trouvons :

27 enfants vivants :

- 17 sans renseignements ultérieurs ;
- 10 avec des renseignements lointains.

26 morts rapidement :

- 22 en moins de vingt-quatre heures ;
- 4 en moins de quarante-huit heures.

8 morts à une époque éloignée :

- 2 de mauvaise alimentation ;
- 1 d'affaiblissement (?) ;
- 1 de phlébite de la veine ombilicale ;
- 1 d'entérite ;
- 2 de convulsions ;
- 1 d'abcès et d'athrepsie.

Cette statistique nous permet de ne pas insister davantage sur la viabilité des enfants ; elle n'est pas niable. Ces enfants sont-ils très exposés à des malformations ? — Voici à ce sujet le relevé de nos observations.

Sur les 61 observations, on note plusieurs fois de légères asymétries du crâne, comme on en trouve chez les enfants utérins nés après un long travail, déformations sans conséquence et sans aucune influence sur leur viabilité (William, Rein, Marchand, Gueniot). Deux fois ces déformations crâniennes ont été importantes. Dans la première observation d'Olshausen, il y avait un aplatissement considérable du crâne et de la face du côté gauche. C'était par cet endroit que le fœtus reposait sur la colonne vertébrale. L'auteur dit qu'il n'a jamais vu pareille déformation, même dans les cas où la mère avait un bassin très rétréci ; il en rapporte la cause à l'absence complète de liquide amniotique dans son cas et à l'immobilité dans laquelle le fœtus s'était tenu depuis plusieurs semaines. Cet enfant avait aussi des pieds bots équins, mais réductibles ; il mourut d'ailleurs très rapidement.

Le second cas est celui de Taylor, il y avait un allongement du diamètre occipito-frontal et de l'aplatissement transversal, de telle façon que le côté gauche était convexe, tandis que le droit était concave. La partie postérieure du pariétal droit formait une bosse. Quelque considérables que fussen ces déformations, elles disparurent rapidement, puisque quatre mois après la tête reprenait sa forme normale. Ajoutons aux déformations crâniennes le cas de Martin, où il y avait une encéphalocèle.

Nous trouvons encore une dépression sur le pariétal avec une contracture du sterno-mastoïdien droit chez le fœtus extrait par Frommel.

Chez l'enfant de Spaeth, il y avait une dépression de l'os iliaque, une paralysie faciale, des pieds varus équins ; chez celui de Stadfeld, subluxation du poignet et du cou-de-pied qui disparut en trois mois ; enfin, encore chez l'enfant de Taylor, subluxation en avant du tibia sur le fémur au niveau du genou et des pieds plats. Quatre mois après, ces déformations étaient en voie de disparition. Pour nous résumer, nous arrivons donc au chiffre de 6 enfants présentant des malformations, ce qui fait à peu près 1 sur 10. De ces 6 enfants, 3 sont morts rapidement (Olshausen, Spaeth, Martin) ; 2 sont morts à une époque reculée (Frommel, 6 mois, entérite), (Taylor, 3 mois, convulsions) ; 1 vivait 4 mois après (Stadfeld). En somme, 3 seulement avaient des malformations incompatibles avec la vie ; des autres, 2 ont vu disparaître leurs déformations par la croissance ; 1 conserva la rétraction du sterno-mastoïdien.

D'après ces résultats, il est certain que les malformations sont plus fréquentes chez les fœtus extra-utérins, mais elles paraissent être en somme la plupart du temps compatibles avec la vie.

De l'étude que nous venons de faire, il ressort qu'il n'est pas exagéré de penser à la possibilité de conserver la mère et l'enfant dans les grossesses extra-utérines à terme. C'est du reste dans ce sens qu'avait conclu Simon en 1768. « Il est certain, dit-il, qu'en pratiquant l'opération césarienne dans ces cas, on eût tiré les enfants vivants du ventre de leurs mères, et qu'en ne faisant pas cette opération la vie de l'enfant est nécessairement sacrifiée : d'un autre côté, en pratiquant l'opération césarienne, on expose notablement la vie de la mère ; mais en abandonnant l'enfant, c'est-à-dire en faisant le sacrifice certain de sa vie, on n'est pas sûr que la mère ne périsse. Il n'y a pas à hésiter, quoiqu'on n'ait pas des espérances aussi avantageusement fondées que dans d'autres cas de sauver la vie à la mère et à son enfant. » (*Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. V.)

Nous venons de voir qu'on peut, lorsque la mère est bien portante, faire avec succès l'opération primitive. Quelle conduite tenir vis-à-vis d'une femme porteuse d'une grossesse extra-utérine avec enfant viable et vivant, mais dans un état général grave? Si l'opération nous paraît justifiée dans le premier cas, elle nous semble absolument s'imposer dans le second. — Le plus souvent on a affaire à des malades en pleine péritonite, consécutive, la plupart du temps, à la rupture du sac. Nous avons rencontré 8 observations où des femmes ont été opérées dans ces conditions; il y a eu 8 décès pour la mère, 2 enfants ont été sauvés (Spiegelberg, Lange, deuxième cas). Dans ces cas, les chances de la mère sont infiniment réduites, tandis qu'on peut légitimement au contraire espérer avoir un enfant vivant, capable, comme dit Klée, de jouir de ses droits civils et spirituels. Chez une femme mourante, comme l'était par exemple l'opérée de Kœberlé, l'opération n'aggrave pas la situation d'une façon absolue et donne une chance, aussi faible qu'on voudra, de sauver la mère et l'enfant. Qu'a-t-on dans ces cas à attendre de l'expectation? La mort certaine de l'enfant et presque très certainement celle de la mère. Il nous paraît qu'actuellement il existe suffisamment d'observations de guérison de péritonite par la laparotomie pour que l'intervention dans les cas que nous étudions en ce moment nous paraisse presque s'imposer. — C'est du reste l'avis de Puech qui, parlant justement de l'opération de Spiegelberg, dit : « Cette conduite devra être imitée; mais pour que la gastrotomie remplisse toutes ses visées, pour qu'elle sauve l'enfant en conservant la mère, elle devra être appliquée dans des conditions meilleures. Il faudra opérer à son heure et non à celle de la malade. »

En effet, quel moment choisir pour intervenir, lorsqu'on se trouve en présence d'une femme dont la grossesse extra-utérine est arrivée au septième mois?

Bien des réponses ont été faites à cette question. Tandis que Lawson Tait, Le Dentu conseillent le septième mois, Marc et Rein demandent d'attendre du huitième au neuvième mois, Litzman le dixième. Duncan, Reed, Puech interviennent dès l'apparition des douleurs du faux travail; Fraenkel s'appuie sur l'examen du fœtus et son complet développement pour intervenir.

Nous croyons que, dans ces cas, on ne peut donner un terme fixe et qu'il faut se laisser guider par les circonstances en s'appuyant exclusivement sur l'état de la mère qui doit primer tout, ensuite sur celui de l'enfant. Il est beaucoup

trop théorique et trop absolu de dire, comme Garcia Lopez, que *sous aucun prétexte* on ne doit opérer avant le huitième mois. Ce qu'il faut dire, c'est qu'une fois la viabilité de l'enfant atteinte, si la mère est bien portante, c'est sur l'examen du fœtus et les signes donnés par la palpation et l'auscultation qu'il faut se guider. Si l'état de la mère reste bon, on peut ainsi attendre jusqu'à la trente-cinquième à la trente-sixième semaine pour opérer, car c'est à cette époque que l'enfant sera dans les meilleures conditions de viabilité. Nous croyons qu'il est dangereux d'attendre le faux travail, car dans ces cas l'enfant meurt rapidement et les douleurs, par leur répétition, usent les forces de la malade et la mettent dans de moins bonnes conditions opératoires.

Mais si l'état de la mère s'aggrave, que les douleurs du faux travail apparaissent ou qu'il y ait des signes de rupture, la vie de la mère seule doit être en cause et l'opération faite le plus tôt possible.

La question du moment de l'intervention reste donc entièrement subordonnée à une observation constante de la malade. Il est bien entendu que si l'enfant vient à mourir sans que la mère présente de troubles graves, il vaut mieux attendre l'atrophie placentaire, c'est-à-dire deux ou trois mois. En somme, ce qu'il faut essayer, c'est de faire une opération de choix, étant décidé et toujours prêt à faire une opération d'urgence.

S'il paraît démontré maintenant que l'opération primitive est justifiée, sous les restrictions faites ci-dessus, il nous reste à examiner quelle conduite on doit tenir en face d'une malade atteinte d'une grossesse extra-utérine non encore parvenue au septième mois.

Deux cas se présentent, suivant que la malade est ou non arrivée à son sixième mois.

Dans le second cas, elle est encore trop loin du terme de viabilité de son enfant pour qu'on lui fasse courir les risques d'une attente en somme fort dangereuse pour elle et très hypothétique pour l'enfant. Dans ce cas, la fameuse formule de Wœrth conserve toute sa valeur; c'est une tumeur maligne que porte cette femme, et il est nécessaire de l'en débarrasser le plus tôt possible.

Mais qu'au contraire la malade soit à son sixième mois, que la vie du fœtus soit bien constatée, il nous semble impossible de considérer cet enfant qui, en somme, a pas mal de chances de devenir viable, comme une simple tumeur maligne et de le traiter comme tel. La formule de Wœrth paraît ici un peu forcée et il vaut mieux, comme Pinard, se contenter d'indiquer l'ur-

gence de l'opération. On laisse ainsi aux circonstances le soin d'indiquer le moment de l'intervention en prenant en considération, suivant le cas, tantôt l'intérêt de la mère, tantôt celui de l'enfant.

Et vraiment, si, suivant à la lettre la formule de Wœrth, on opérait immédiatement, le pronostic opératoire serait-il bien changé et moins grave qu'en attendant la viabilité ? « Je ne le crois pas, dit Pinard. Je pense qu'à cette époque les dangers de l'hémorrhagie sont sensiblement les mêmes qu'à la fin de la grossesse, parce qu'à cette époque le placenta a acquis, en grande partie, son développement. Et c'est pour cette raison que, ne faisant pas courir plus de dangers à la mère, je préfère tenter la chance de sauver l'enfant et faire, comme l'a dit Rein au *Congrès international d'obstétrique et de gynécologie de Bruxelles*, de la chirurgie obstétricale absolument conservatrice. Non pas qu'il faille conserver l'espoir de sauver beaucoup d'enfants en agissant ainsi, car souvent les enfants meurent avant d'avoir atteint l'époque de la viabilité, et, dans les deux cas où j'ai cru devoir attendre, deux fois les enfants sont morts au septième mois, c'est-à-dire avant que j'aie pu intervenir d'une façon utile en leur faveur.

« Mais, comme en cette occurrence nous n'avons rien à perdre, il vaut mieux, à mon avis, essayer de sauver les enfants dont le développement ne sera point empêché, comme cela a été fait déjà un assez grand nombre de fois. »

CHAPITRE II

De l'Élytrotomie. Sa valeur comme procédé opératoire. Observations (1).

Les interventions pratiquées dans les cas de grossesse extra-utérine avec enfant viable sont de deux ordres, suivant qu'on opère par le vagin ou par l'abdomen, suivant qu'on fait l'élytrotomie ou la laparotomie. J'ai trouvé une observation qui se rapporte à un troisième mode opératoire, et qui n'est applicable que dans les cas de grossesse extra-utérine interstitielle. Ce cas est mis en doute par plusieurs auteurs, qui pensent à l'existence d'une grossesse développée dans une corne accessoire. Quoi qu'il en soit, j'ai cru qu'il serait intéressant de le rapporter ici, après ces quelques réserves.

OBS. I. — *Grossesse extra-utérine interstitielle arrivée au huitième mois; incision de la paroi utérine, expulsion d'un enfant vivant; guérison.* — GILBERT. *Boston med. and surg Journal,* 3 mars 1877, traduite in *Gazette de gynécologie*, 1879, II, p. 23.

Une femme de 37 ans, ayant eu trois enfants et quatre fausses couches, et sujette depuis cinq ans à des hémorrhagies rectales, eut ses dernières règles vers le milieu de novembre 1875. Au mois de février 1876, elle éprouva quelques sensations étranges et se crut enceinte. Vers la fin de mai, elle sentit un léger mouvement dans l'abdomen. Le développement du ventre était cependant à peine perceptible. Examinée pour la première fois le 11 juin, il fut trouvé dans le ventre une tumeur de la grosseur d'un utérus gravide de cinq mois. Cette tumeur était évidemment l'utérus situé très profondément dans le bassin et un peu à droite; à l'auscultation, on entendait les bruits du cœur fœtal. Le 25 juin et le 2 juillet, la malade eut quelques douleurs qui revinrent toutes les nuits jusqu'au 10 juillet. Les douleurs devinrent alors plus fortes et s'accompagnèrent de contractions utérines. Quoiqu'elles se fussent accrues le lendemain, le col

(1) Nous adressons nos plus vifs remerciements à Mlle Schenzis, externe des hôpitaux, à nos amis MM. Quiserne, Cointepas et Perruchet pour les nombreuses traductions qu'ils ont bien voulu nous faire, et aussi à notre collègue Émery, l'actif secrétaire de la *Gazette Médicale*, qui nous a indiqué la source de plusieurs observations.

cependant ne se dilatait pas. A droite du col, on sentait parfaitement la tête du fœtus située dans l'intérieur de l'utérus.

Par l'orifice du col, le doigt pénétrait sans obstacle dans la cavité utérine ; à gauche, le tissu de cet organe paraissait être celui d'un utérus non gravide ; mais à droite, immédiatement en dedans et sur le bord de l'orifice du col, on sentait distinctement la tête fœtale, recouverte par une mince membrane muqueuse, qui semblait participer jusqu'à un certain degré aux contractions de l'utérus.

Le Dr Gilbert, voyant qu'il avait affaire à une grossesse interstitielle, prit un scarificateur utérin de Miller, le glissa le long du doigt jusque dans l'intérieur du col et incisa la cloison dans l'étendue d'un pouce environ. Cette opération fut suivie d'une légère hémorrhagie, mais les douleurs cessèrent et la nuit fut tranquille. Le lendemain, la tête fœtale se présentait au méat recouverte par les membranes et l'accouchement se termina le 14 juillet, à 11 heures du matin.

L'enfant pesait quatre livres et mourut six semaines après d'inanition. Le liquide amniotique était peu abondant, le placenta et le cordon normaux. La mère se rétablit au bout de cinq semaines, mais la menstruation avait reparu trois semaines après l'accouchement.

Élytrotomie.

Nous ne referons pas ici l'historique de l'élytrotomie ; cette question a été traitée dans la thèse de Maygrier et nous n'aurions rien à y ajouter. Disons seulement que King propose de donner à cette opération le nom d'*hystéro-thécotomie*, et que quelques auteurs la désignent aussi sous le nom de *colpotomie*.

Nous avons rencontré dans la littérature médicale trois observations d'élytrotomie faite après le septième mois (1). Les résultats sont deux mères guéries, une morte d'hémorrhagie ; deux enfants vivants, un mort presque immédiatement ; la mortalité est donc de 33 p. 100. Mais cette moyenne ne doit pas être considérée au point de vue absolu, car elle repose sur une trop petite quantité de faits pour qu'elle puisse entraîner la conviction.

D'après ses partisans, cette opération est indiquée seulement lorsque le fœtus est en bonne présentation, que l'engagement est très marqué et que le placenta n'est pas interposé entre le fœtus et le cul-de-sac vaginal.

(1) Cazeaux, dans son ouvrage (p. 613), cite :

Deux cas d'élytrotomie, dont l'un attribué à Lauverjat, où l'enfant et la mère furent sauvés ;

Trois cas, cités par Burns, où l'enfant fut extrait vivant, mais les mères moururent.

S'il est facile de se rendre compte de l'engagement et, dans quelques cas, de la présentation, nous verrons plus loin que le diagnostic de la situation placentaire ne laisse pas que d'être fort souvent douteux. En tout cas, cette intervention se trouve déjà limitée à un petit nombre de faits. C'est d'ailleurs ainsi que semblent avoir jugé la majorité des chirurgiens, puisque sur ces trois observations, une seule est moderne (Mathieson), et, dans la discussion qui suivit, à la Société obstétricale de Londres, Evis, Gervis, Playfair combattirent cette opération. C'est contre elle encore que conclut Maygrier, lorsque l'enfant est vivant, par crainte de l'hémorrhagie. Quant à Pozzi, il en limite l'emploi aux cas où les conditions ci-dessus sont réalisées et la croit même préférable à la laparotomie.

Les avantages que l'on trouve à l'élytrotomie sont les suivants :

Certitude à peu près absolue de ne pas léser le péritoine ;

Élimination beaucoup plus facile des parties solides et liquides contenues dans le sac ;

Pas de danger d'éventration ;

Enfin King dit que l'hémorrhagie est moins à craindre, parce que l'on sectionne les branches terminales de l'hypogastrique, au lieu d'en sectionner les gros troncs, comme dans la laparotomie.

Nous ne discuterons pas ni le premier ni le dernier de ces soi-disant avantages. Le plus sérieux est la facilité extrême du drainage. Elle n'est pas niable, mais rien n'empêche de pratiquer ce drainage aussi facilement dans la laparotomie, en faisant le drainage vaginal. La question de l'éventration, mise récemment à l'ordre du jour à propos des discussions de l'hystérectomie vaginale, est à peu près résolue et il est démontré qu'avec des sutures bien faites elle est, en somme, relativement rare.

Mais si l'élytrotomie nous paraît avoir bien peu d'avantages, elle est loin d'être exempte d'inconvénients. Le plus grand de ses défauts est qu'elle est une opération aveugle; elle réussira dans de certaines conditions impossibles à connaître exactement d'avance, mais causera des désastres lorsqu'il y aura la moindre anicroche opératoire. Comme, ainsi que le fait remarquer Lawson Tait, le point d'insertion du placenta est toujours dans la cavité pelvienne, l'enfant ne peut être extrait sans léser des tissus parmi lesquels de larges sinus veineux se sont développés anormalement. Comment arrêter l'hémorrhagie qui se produira alors « dans cette cavité anfractueuse, mal connue et sans connaissance de l'organe sur lequel le placenta a pu prendre son insertion? Pendant les hésitations, l'hémorrhagie suit son

cours; il semble qu'il y a deux ou trois radiales ouvertes et on ne peut qu'avec les plus grandes difficultés faire une ligature ou mettre des pinces à demeure. On a bien proposé de faire le tamponnement, mais celui-ci présente de bien grandes difficultés à exécuter. Dans un certain nombre de cas, il n'y a pas de poche proprement dite, les parois de la cavité étant formées par les anses intestinales agglutinées; comment exécuter dans ces conditions le tamponnement ? » (REGNAULD.)

En supposant que l'hémorrhagie ne se produise pas, l'extraction de l'enfant est difficile et dangereuse pour la mère et aussi pour lui-même. Dans les deux cas où les détails sont suffisants, on voit les difficultés rencontrées par l'opérateur. King est obligé de faire presser sur l'abdomen par deux aides, d'appliquer le forceps et il n'a l'enfant qu'après « des efforts longs et ininterrompus » ; il est vrai qu'ici il n'y avait pas d'engagement. Mathieson applique avec de grandes difficultés son forceps sur une présentation de la face. Qu'il y ait une raison de dystocie fœtale quelconque, et l'on se trouve dans l'impossibilité de terminer l'opération et de recourir à la laparotomie. C'est du reste la conduite qu'a tenue Zweifel, dans une grossesse extra-utérine de cinq mois avec enfant vivant. Le placenta est blessé au premier coup de bistouri; on pratique immédiatement la laparotomie ; il se produit des hémorrhagies placentaires violentes, arrêtées par le tamponnement; mais elles se reproduisent, et la malade meurt le sixième jour.

De tout ceci, nous croyons devoir conclure qu'il faut rejeter absolument l'élytrotomie dans les cas de grossesse extra-utérine avec enfant viable. L'opérateur se prive du concours de la vue et la main seule agit en aveugle au fond du vagin, pouvant amener des accidents auxquels il est le plus souvent impossible de remédier utilement. « Il m'a suffi, dit Lawson Tait, d'un cas pour fixer mon jugement à cet égard, et il ne m'arrivera plus jamais, dans quelque circonstance que ce soit, d'attaquer une grossesse sous-péritonéale par le vagin. »

OBS. II. — *Grossesse extra-utérine à terme. — Élytrotomie. — Extraction d'un enfant vivant. — Ablation du placenta. — Guérison de la mère. — Enfant vivant.* — JOHN KING. *London Medical repository*, 1819, t. XII, p. 241.

La femme en question était en travail depuis quatre jours ; les douleurs rappelaient celles du travail normal.

A mon arrivée, je fis le toucher vaginal et ne pus atteindre le col utérin, car la matrice avait été remontée au-dessus du détroit supérieur. Je résolus d'ouvrir le vagin et d'essayer de sauver la mère et l'enfant.

La tête fœtale ballottait sur le côté droit de l'utérus qu'elle repoussait à gauche. J'introduisis un petit bistouri protégé par le bout de mon doigt aussi loin qu'il me fut possible, de façon à embrasser la circonférence de la tête et à prévenir par là la lacération des parties pendant la délivrance.

Je perçai alors le vagin et continuai l'incision jusqu'à cinq ou six pouces en bas et en arrière, de façon à amener le dégagement facile de la tête de l'enfant. Au moment où le vagin fut ouvert, le liquide amniotique s'écoula du sac, qui avait été ouvert en même temps. J'introduisis ma main par la plaie et trouvai l'enfant en haut, fermement fixé, sans aucune tendance à l'engagement. Je fis presser par mes aides sur l'abdomen, en les priant de faire un mouvement descendant circulaire. La mère redoubla ses efforts, et avec l'aide du « vectis » je vis la tête s'engager lentement. Je complétai l'extraction avec le forceps après des efforts longs et ininterrompus. Si je n'avais pas réussi de cette manière, j'aurais fait la version.

L'enfant paraissait être asphyxié, mais je le ranimai assez facilement. Il était bien développé.

L'hémorrhagie par cette grande incision ne fut pas considérable et fut utile pour modérer les inflammations adhésives.

Le placenta était très petit et le cordon très mince, de sorte qu'il se rompit pendant l'extraction de l'enfant, mais sans hémorrhagie. La partie à laquelle adhérait le placenta, soit l'ovaire, le mésentère, l'intestin ou les faces de l'utérus, n'était probablement pas préparée pour le développement placentaire et cependant le fœtus était bien développé. Le lendemain matin je pratiquai une saignée au bras; la malade ne se plaignait pas et disait n'avoir pas souffert. C'est là un grand encouragement pour opérer les cas de grossesse extra-utérine. Je l'avais fait coucher sur le dos, la tête très basse.

Le troisième jour, douleurs au-dessus du pubis; l'examen vaginal me montra que les anses intestinales avaient tendance á faire saillie par la plaie. Je la fis coucher sur le côté gauche et lui plaçai un coussin sous les hanches.

Au bout de deux semaines, elle se leva et marcha sans ma permission. L'incision était guérie et l'utérus occupait sa place normale.

OBS. III. — *Grossesse extra-utérine tubaire de sept mois. — Élytrotomie. — Mort de l'enfant quelques instants après l'extraction. — Mort de la mère une heure après l'opération.* — BAUDELOCQUE neveu (thèse de GRANVAL, 1832).

Femme enceinte de sept mois, soignée par le Dr Reis. Baudelocque est appelé en consultation et se décide à pratiquer l'élytrotomie en raison de l'état grave de la mère. Incision du vagin. Extraction d'un enfant qui ne fit qu'une seule inspiration. Arrachement du placenta. Mort de la mère une heure après, d'hémorrhagie.

Obs. IV. — *Grossesse extra-utérine de huit mois et demi. — Élytrotomie. — Extraction du placenta. — Mère et enfant vivants.* — Mathieson. *Transac. Obstet. Soc.* London, 7 mai 1884.

La malade est âgée de 30 ans et a eu cinq enfants. Les règles cessèrent en novembre 1880, en même temps qu'apparaissaient des douleurs abdominales.

En décembre 1880, on remarquait la présence d'une grosseur dans la région inguinale gauche.

Je ne vis la malade pour la première fois qu'au mois de mars 1881 ; je constatai à ce moment la présence d'une tumeur s'élevant au niveau de l'ombilic, remplissant toute la région inguinale gauche et s'étendant à droite à 55 millim. de la ligne médiane. L'hystéromètre, pénétrait à 10 centim., en s'inclinant à droite et en avant de la tumeur. Celle-ci était parfois le siège de douleurs et d'une sensibilité exagérée ; on y percevait une sensation analogue à celle produite par la gelée qui remue, les mictions étaient douloureuses et les garde-robes irrégulières.

La tumeur continuait à augmenter de volume, les mouvements du fœtus étaient de plus en plus accusés et les douleurs de plus en plus intenses.

Le 12 avril, celles-ci apparurent sous forme d'accès avec nausées, pouls à 146, température à 40°, refroidissement des extrémités, sueurs froides ; tous ces symptômes cédèrent à la morphine.

Des accès semblables survinrent le 22 avril, les 2 et 18 mai. Le 2 juin, un accès analogue s'accompagne de douleurs régulières ressemblant à celles du travail, en même temps qu'il se faisait un écoulement rougeâtre. Le volume de la tumeur continua à s'accroître et la partie qui se développait le plus était toujours celle où la douleur était le plus vive.

Le 13 juin, survint une attaque semblable à la dernière, mais les douleurs paraissaient expultrices, bien que rien ne vînt apparaître dans le vagin. Le 28 juin, pendant qu'elle urinait, elle eut une syncope. Le plancher du vagin était alors rempli par une masse solide.

L'opération est décidée, mais la malade refuse le chloroforme. Un assistant fixe la tumeur dans la cavité pelvienne.

Je conduis sur mon doigt un bistouri jusqu'au point le plus saillant du cul-de-sac vaginal et fais avec précaution une incision très courte, moitié avec le bistouri, moitié avec l'ongle. J'y introduis immédiatement la pulpe du doigt.

Avec un bistouri boutonné, j'agrandis l'incision suivant l'axe du vagin, j'introduis trois doigts et bientôt un flot de liquide amniotique s'écoule.

Le fœtus présentait la face : avec de grandes difficultés, j'appliquai le forceps de Simpson ; une traction modérée suffit à extraire l'enfant, qui était en état de mort apparente, mais qui revint facilement à la vie.

Pas d'hémorrhagie. J'attends quelques instants, la main introduite dans la cavité sur le placenta, l'autre main comprimant l'abdomen. Le bord inférieur du placenta était à 55 millimètres de la paroi vaginale. Puis je le détachai, remplaçant chaque portion décollée par une éponge imbibée d'une solution de

perchlorure de fer : l'éponge avançait à mesure que le placenta se détachait. Hémorrhagie insignifiante.

L'enfant pesait près de neuf livres et paraissait à terme. Le placenta était trilobé, mais on le fit disparaître avant qu'on ait pu en faire un examen suffisant.

Dans la suite, lavage de la cavité à l'eau phéniquée. Il survint des accidents de péritonite qui s'amendèrent en trois mois ; la plaie finit par se cicatriser. Pendant près de deux ans, la malade accusa des douleurs intenses dans le côté gauche. Au mois d'août 1883, je la revis en bonne santé. L'enfant se portait très bien et était fort bien développé.

CHAPITRE III

Laparotomie. Diagnostic de la situation du placenta. Hémorrhagies, leur origine, leur traitement. Traitement du placenta Traitement du sac. Marche de l'opération.

§ 1. — Laparotomie.

C'est Heim qui, en 1807, pratiqua la première laparotomie, dans un cas de grossesse extra-utérine avec un enfant viable; mais au XVIIIe siècle, nous avons vu que Simon la prescrivait, et Baudelocque conseillait déjà de laisser en place le placenta, crainte d'hémorrhagie.

Cette opération a déjà été désignée sous bien des noms; Simon parle d'*opération césarienne;* ensuite, c'est le nom de *gastrotomie* qui est employé et sert encore dans un grand nombre de travaux. Actuellement cependant, c'est le mot de *laparotomie* qui est le plus usité; nous ne citerons que pour mémoire le terme d'*ectopotomie* proposé par Stratz. Suivant qu'on opère pendant la vie de l'enfant ou après sa mort, on emploie le terme de laparotomie *primitive* ou celui de laparotomie *secondaire*. C'est la dénomination qui est le plus souvent adoptée actuellement, bien que, comme le font remarquer Litzman et Harris, les auteurs ne sont pas toujours d'accord. « Quand Lawson Tait, dit ce dernier auteur, enleva les trompes gravides, après leur rupture, il dit que son opération devait s'appeler primitive. Hauley, de New-York, a enlevé un kyste fœtal avant sa rupture, et prétend avoir fait une laparotomie primaire. Champneys, de Londres, désigne sous ce nom la section abdominale dans la deuxième moitié de la grossesse, lorsque l'enfant est vivant. De sorte que ce terme a perdu sa signification et aujourd'hui ne signifie plus rien. Cependant l'opération faite pour sauver la mère et l'enfant est certainement primaire. » On a vu plus haut que c'est dans le même sens que nous avons employé cette expression. Pour Lawson Tait, c'est une opération secondaire. Selon la conduite suivie vis-à-vis du sac fœtal, Harris et Slawiansky désignent, l'un

sous le nom de *cystectomie*, l'autre sous celui de *laparokelyphoectomie*, l'ablation totale du sac, tandis que la marsupialisation est désignée par ces mêmes auteurs sous le nom de *cystotomie* (Harris), et de *laparokelyphoomie* (Slawiansky). Nous ne voyons pas bien l'avantage de compliquer à loisir la nomenclature médicale, déjà bien trop riche.

La laparotomie est de beaucoup l'opération de choix dans la grossesse extra-utérine. Surtout lorsqu'on la pratique comme on doit le faire actuellement, dans la position de Trendelenburg, elle permet de se donner beaucoup de jour et de voir absolument ce que l'on fait. Elle n'en reste pas moins une opération souvent très difficile, réclamant de l'opérateur un grand tact et un grand sang-froid chirurgical. En effet, les conditions anormales d'insertion placentaire causent très souvent des hémorrhagies fort graves, qui sont justement le grand écueil de ces opérations. Il n'y a pas là les anneaux de fibres musculaires lisses qu'on rencontre dans l'utérus et qui arrêtent l'hémorrhagie ; mais, par contre, il peut y avoir des dispositions anatomiques qui rendent fort graves toute espèce de blessure du placenta. Tel le cas de Hanfield Jones (Harweian Society, avril 1893), où l'on trouve, dans le corps même du placenta, de grosses veines dont la principale aboutissait à la veine cave inférieure ; tel aussi celui de Cullingworth, où l'on trouva plusieurs grosses veines partant de la face postérieure du placenta pour aboutir aux veines iliaques. On comprend, après cela, quel avantage le chirurgien a de savoir, s'il le peut, où se trouve inséré le délivre, afin qu'il puisse l'éviter lors de son incision du sac, et qu'une fois le sac ouvert, il ne soit pas obligé à des manœuvres d'examen fort dangereuses. Il a, pour se guider, la recherche du souffle placentaire.

Kœberlé est le premier à avoir signalé la relation qui existe entre le souffle et la situation placentaire, dans la grossesse extra utérine. Trachet a fait de cette étude l'objet d'un travail important.

Le souffle gravidique extra-utérin s'entend lorsque le placenta s'insère sur un point de la paroi du kyste accessible au sthétoscope, l'enfant étant vivant ou mort depuis peu. Ce souffle est isochrone aux battements cardiaques de la mère, et sans pulsations lui-même ; il est plus intense et plus fin que le souffle utérin. Il est dû probablement aux alternatives de rétrécissement et de dilatation dans les vaisseaux où circule le sang maternel. Il existe plusieurs observations où, en même temps que le souffle, se sentait du frémissement, un véritable thrill. Bernutz même

signale l'existence de battements et d'un murmure analogue à celui des anévrysmes cirsoïdes. En se fondant sur la plus ou moins grande force du souffle, Gaulard a pu diagnostiquer une insertion placentaire sur la paroi postérieure (Société obstétricale, 1893). Dans un cas, Kœberlé a fait le diagnostic en s'appuyant sur le peu de netteté de la palpation de la région fœtale sous-jacente. La contradiction qu'il y a entre le fait que, dans la grossesse extra-utérine, le fœtus est superficiel et une palpation obscure et peu nette des parties fœtales, doit faire naître l'idée que le placenta est inséré sur la paroi antérieure.

C'est sur ces mêmes signes, fournis par le toucher vaginal, ajoutés à l'absence de tout souffle sur la paroi abdominale que l'on se fonde pour diagnostiquer le siège du placenta dans le cul-de-sac de Douglas. Fraenkel ajoute que dans ces cas, on sent, dans le cul-de-sac, une masse plus ou moins épaisse, un peu molle, et que le vagin est sillonné de gros vaisseaux qui battent sous le doigt.

Dans les cas douteux, cet auteur conseille même de faire une ponction sur la paroi abdominale et, suivant qu'il s'écoulerait du sang ou du liquide clair, on concluerait à la présence ou à l'absence du placenta sur la paroi antérieure.

Tous ces moyens de diagnostic du siège du placenta dans la grossesse extra-utérine peuvent donner de très utiles et très précieuses indications au point de vue de la conduite à tenir. On peut, sachant où siège le délivre, attaquer le kyste par un autre point de sa périphérie et s'arranger dans la plupart des cas de façon à ne pas le blesser. Nous verrons d'ailleurs plus loin que, même lorsque l'incision du sac passe à travers le placenta, on peut arriver à se rendre maître de l'hémorrhagie. Mais il faut bien savoir que parfois la situation du placenta reste absolument inconnue. Dans l'observation de Champneys, le placenta fut pris pour un utérus gravide. Il est donc important de se souvenir qu'il peut avoir l'air kystique et ne donner naissance à aucun bruit.

C'est en effet l'hémorrhagie qui est le grand danger de l'opération ; elle est parfois si abondante qu'il existe des observations où les malades sont mortes presque sur la table d'opération. Les moyens hémostatiques ont été tellement perfectionnés dans ces dernières années qu'il est actuellement possible de lutter avantageusement contre elle. Pour éviter des redites, nous croyons devoir, avant d'exposer les divers procédés opératoires, étudier le mode de développement de ces hémorrhagies et les moyens que le chirurgien a à sa disposition pour les combattre.

§ 2. — Hémorrhagies, leur origine et leur traitement.

Leur cause est tout entière dans les conditions anormales d'insertion du placenta, auquel vont aboutir des vaisseaux parfois énormes. Il n'y a pas eu d'étude anatomo-pathologique faite pour étudier l'origine de ces vaisseaux, mais plusieurs opérations et des ligatures posées en certains endroits ont démontré d'une façon suffisamment nette la source des hémorrhagies.

Le sang arrive au placenta extra-utérin par deux sources principales : l'artère utéro-ovarienne et l'artère utérine, par l'intermédiaire de son anse anastomotique avec la précédente. A ces deux vaisseaux viennent parfois s'en ajouter d'autres, particulièrement des vaisseaux épiploïques, qui arrivent au placenta par l'intermédiaire d'adhérences. Le cas de Schneider rapporté plus loin est fort net à cet égard.

Pour Sippel, c'est l'utéro-ovarienne qui est surtout en cause et accessoirement le rameau de l'utérine. De fait, dans son observation, une pince placée sur la corne et le bord de l'utérus n'arrêta pas l'hémorrhagie, qui ne cessa qu'après le pincement de l'utéro ovarienne. C'est aussi la même remarque que fait Olshausen dans la deuxième observation : « On voyait, dit-il, que la plupart des vaisseaux qui alimentaient le placenta venaient des vaisseaux utéro-ovariens qui, en grand nombre et volumineux, arrivaient derrière le placenta à la surface du ligament large dans le bassin. » La même remarque a été aussi faite par Breisky. Dans une observation d'Arnold Larsen, la dissection d'une pièce de grossesse ovarienne montra que c'était exclusivement l'utéro-ovarienne qui fournissait le sang au placenta. Mais, si le rôle principal est dévolu à cette artère, il ne faut pas en conclure que l'utérine soit à négliger. Une pince mise à propos sur la corne utérine a sauvé la vie des malades dans deux cas opérés par M. Picqué (thèse de Regnauld, et Congrès de Berlin), dans l'observation de von Strauch, dans celle de Martin. Nous croyons donc que ces deux artères ont un rôle important, mais peut-être prédominant pour l'une ou pour l'autre suivant les cas.

Connaissant la source du sang de la circulation placentaire, il y a lieu de chercher les moyens que l'on peut employer pour arriver à obtenir l'hémostase. Nous allons donc examiner successivement les procédés que l'on peut employer. Comme dans beaucoup d'opérations, on peut faire ici de

l'hémostase préventive. Dans ce cas, il est à remarquer que si on la fait avant l'extraction de l'enfant, les manœuvres doivent être exécutées rapidement, car elles le mettent dans de mauvaises conditions dont il ne souffrira pas, si son extraction est faite rapidement. De plus ce procédé ne pourra pas être employé dans tous les cas, et souvent on sera réduit à lutter contre l'hémorrhagie après son début.

En premier lieu, il faudra arrêter le sang venant de l'épiploon, ce qui ne sera pas difficile en sectionnant les adhérences entre deux ligatures. Mais c'est là une source très accessoire, dont on se rendra toujours maître.

Il faut agir surtout, comme nous l'avons vu plus haut, sur l'utérine et sur l'utéro-ovarienne. Pour l'utérine, ou plutôt pour son anastomose, c'est relativement facile, car on a un point de repère fixe qui est l'utérus et sa corne. Il suffit soit de faire une ou plusieurs ligatures en chaîne occupant tout le ligament large ou, ce qui est plus simple, d'insinuer le long du bord utérin une forte pince à pédicule. Walton a conseillé de lier l'artère utérine par le vagin avant de faire la laparotomie. Mais, outre que cela allonge l'opération, il est des cas nombreux où l'engagement est trop marqué et l'utérus beaucoup trop remonté pour qu'il soit possible de pratiquer cette ligature.

A propos de l'utéro-ovarienne, il faut avouer que la ligature en paraît plus compliquée. Elle semble cependant facile à Olshausen qui dit : « On peut la lier sans difficulté et sans perte de temps, parce que, même dans les grandes tumeurs abdominales, le ligament infundibulo-pelvien où passe l'artère est bien marqué et sa situation normale. » Sippel conseille de placer *au petit bonheur* des pinces à la périphérie du sac fœtal, surtout au point où il se rattache à la partie supérieure et externe du bassin. L'artère est ainsi oblitérée à peu près au niveau de son changement de direction. Cet auteur dit que cette manœuvre est beaucoup facilitée lorsqu'on joint à l'incision verticale une transversale.

Est-il suffisant de lier les vaisseaux d'un seul côté ? Dans la majorité des cas, oui, lorsqu'il y a un sac ; lorsqu'on a affaire à des grossesses abdominales et que le placenta est très étalé, il peut parfois recevoir son sang de deux côtés.

Au lieu de traiter séparément chaque artère, on pourra, dans certains cas, appliquer à la base du sac un lien élastique dont l'action portera à la fois sur tous les vaisseaux. C'est ce que M. Marchand a fait dans son opération. Le lien répondait au cou de l'enfant, et cependant on n'eut pas de peine à faire l'extraction de la tête, celle-ci dilatant l'anneau élastique, qui

revint sur lui-même aussitôt la tête sortie. C'est le même mécanisme que dans l'hystérectomie pour fibrome, où le lien élastique se resserre derrière la masse qu'on énuclée.

Martin, de Berlin, a employé et conseillé un procédé d'ablation du placenta qui peut rendre de grands services. Au lieu de s'adresser aux troncs vasculaires eux-mêmes, cet auteur agit sur leurs branches, au niveau de l'insertion placentaire. La ligature des points saignants isolés n'est qu'exceptionnellement possible, tandis que, par la ligature en masse ou médiate, de larges surfaces saignantes peuvent être liées sûrement et sans crainte d'hémorrhagie. Aussi, pour arriver à ce résultat, voici le moyen qu'il propose : il perfore la base du placenta avec de longues aiguilles, le divisant ainsi en segments qu'il lie séparément et peut enlever sans hémorrhagie. Il avait employé ce procédé deux fois lors du Congrès de Londres, en 1881, où il communiqua son procédé. La première fois, le placenta était inséré sur le ligament large, la seconde sur l'utérus même. Ce moyen, qui peut être excellent, est passible d'une objection qui du reste n'a pas échappé à l'auteur. Il faut, pour faire ces ligatures, que le placenta ait des insertions limitées soit à l'utérus, soit au ligament large, soit aux parois abdominales, en un mot qu'il repose sur un plan résistant. Il est bien évident que, sur une insertion intestinale, il est impossible d'employer ce moyen. Mais, tel qu'il est, il peut encore rendre de très grands services.

Les moyens hémostatiques que nous venons d'étudier sont les seuls que l'on puisse appliquer pour faire l'hémostase préventive. Mais il est des cas où ils ne sont pas applicables, par exemple lorsque le sac fœtal est uni intimement à la paroi abdominale. Le placement des pinces est alors impossible et il n'y a que le procédé de Martin qui pourrait parfois être mis en usage. On peut ici se servir de moyens peut-être moins efficaces, mais qui cependant n'en sont plus à donner leurs preuves.

Le plus important de tous est sans contredit le *tamponnement du sac*. Fait autrefois avec de l'ouate ou des éponges, on doit actuellement employer les gazes antiseptiques (iodoformée ou salolée), ou même des gazes aseptiques, car, avec les premières, il y a eu des cas d'intoxication. Ce tamponnement sera fait avec soin au moyen de longues bandelettes et, quoiqu'il faille arriver à faire une pression assez forte, on doit tamponner avec douceur, de crainte de produire une déchirure du sac, qui rendrait de ce fait ce moyen absolument illusoire. Ce procédé, qui a donné souvent de bons résultats, demande à être surveillé, car quelquefois, comme dans le cas

de Marchand, l'hémorrhagie continue malgré le tamponnement. Si, par conséquent, on voit la malade ne pas se relever, il ne faut pas hésiter à aller directement lutter contre l'écoulement de sang, en refaisant un tamponnement plus serré, ou en employant un des procédés suivants.

Dans quelques cas, on pourra poser des pinces directement sur les vaisseaux qui saignent, ou bien faire un pincement médial en employant de forts clamps dont les mors auraient avantage à être recouverts de caoutchouc, pour moins meurtrir les tissus. Ce dernier moyen sera applicable particulièrement dans les cas où le placenta, blessé lors de l'incision du sac, sera partagé en deux parties dont les lèvres pourront être pincées de cette façon.

Beaucoup d'opérateurs n'ont pas hésité à toucher les points saignants avec du perchlorure de fer pur ou dilué. Ce moyen nous semble dangereux, car il peut amener la production d'escarres capables de s'infecter facilement et d'amener, après rupture de la poche, une péritonite généralisée.

Gill Wylie et Jacobus recommandent de laver le sac avec de grandes injections très chaudes ; ce moyen leur a réussi dans une opération pour une grossesse de trois à quatre mois.

Enfin, il est un autre moyen que nous ne proposons qu'avec la plus grande réserve mais qui, dans de certains cas, peut rendre service : c'est la résection des points saignants. Ce n'est pas applicable toujours et nous n'avons pas trouvé d'observations où cette manœuvre ait été faite contre l'hémorrhagie. Angus Macdonald a réséqué sept pouces d'intestin chez une malade ayant une grossesse extra-utérine de sept mois, avec fœtus mort depuis un mois. Il enleva cette portion intestinale qui était adhérente au sac et fit une entérorrhaphie circulaire. La malade guérit.

Parmi les observations rapportées plus loin, deux fois on a fait en même temps l'hystérectomie avec pédicule extra-abdominal. Les auteurs (Braun-Fernwald et Chrobak) n'ont été amenés à suivre cette conduite que parce que, après la marsupialisation du sac, l'utérus était extra-abdominal. Les deux malades guérirent également.

La résection intestinale ne pourra être faite que dans des cas exceptionnels, car elle complique beaucoup une opération qui déjà est par elle-même très compliquée, et de plus elle est longue à pratiquer. Mais l'hystérectomie peut se faire dans ces cas très facilement et très rapidement, à la condition, bien entendu, de faire un pédicule externe. Ce sont des procédés qu'il faut éviter d'employer toutes les fois qu'il sera possible de faire autre-

ment, mais qu'il faudra avoir présents à l'esprit et être prêt à appliquer si cela devient nécessaire.

§ 2. — Traitement du placenta.

Nous venons d'apprendre le moyen de lutter contre les hémorrhagies, mais il existe une autre cause d'embarras pour le chirurgien : c'est la conduite qu'il doit tenir vis-à-vis du placenta.

Trois modes de traitement ont été proposés : l'*abandon avec fermeture de l'abdomen*, l'*abandon avec drainage*, l'*ablation*.

1° **Abandon avec fermeture de l'abdomen.** — Ce procédé, qui n'a été appliqué que dans des cas où des fœtus étaient morts, est fondé sur la résorption possible du placenta. C'est Nœgri qui semble l'avoir le premier employé, mais il y a d'autres observations où on avait drainé et où le placenta n'est jamais sorti (Braithwaite, Rousseau, Vignard). Dans tous ces cas il y a eu guérison. En aurait-il été de même, si le fœtus avait été vivant et la circulation placentaire en pleine activité ?

Dans la grossesse ectopique, comme le fait remarquer Lawson Tait, le placenta contient relativement peu de tissu fœtal, et de plus, il n'est pas séparé de l'organisme maternel par une couche de cellules déciduales. Comme, dans les rétentions prolongées de fœtus ectopiques, le placenta est le premier à disparaître, il y a lieu de se demander si la rétention placentaire peut être plus dangereuse pour la malade que celle d'un fœtus à terme qui, comme nous le savons actuellement, peut rester dans l'abdomen pendant une longue série d'années sans provoquer aucun effet dangereux (Campbell). Il est certain que l'extraction de l'enfant et la section du cordon mettent le placenta dans les conditions où il se trouve après la mort du fœtus, et qu'il y a des cas où il s'est résorbé, mais il n'en est pas moins vrai qu'il y en a d'autres où la suppuration est apparue avec toutes ses conséquences. Ce qu'on peut dire, c'est que cette résorption est possible, mais pas certaine. Olshausen est partisan de cette méthode : « Si irrationnel, dit-il, que cela paraisse, de laisser le placenta qui, comme un tissu mort, peut se putréfier, il faut supposer que la circulation, qui continue plusieurs semaines après la mort du fœtus, préserve le placenta contre les agents de putréfaction. Si cette préservation existe pendant les premiers temps contre les agents apportés par l'air lors de l'ouverture du sac, il

existe plus tard, les dangers d'infection du côté de l'intestin, qui est le point de départ des suppurations et de la putréfaction dans la grossesse extra-utérine et les tumeurs ovariennes. Aussi, faut-il connaître les rapports entre l'intestin et le sac. Dans les cas d'adhérences intimes, la putréfaction peut devenir facile et je ne dirai jamais qu'il faille laisser le placenta. Mais lorsque cette insertion est très éloignée, ce procédé serait très hardi, mais à essayer. Berry Hart le recommande et Wœrth semble l'approuver. »

En effet, toute la question réside dans l'asepsie du placenta. Lawson Tait qui préconise ce procédé recommande, une fois l'enfant extrait et le cordon coupé près de son origine, de vider l'arrière-faix de son sang, de nettoyer le sac et de passer les sutures de l'incision abdominale. « Au moyen de mon siphon-trocart, la poche sera lavée de nouveau à l'eau chaude, puis on serrera les sutures pendant que le trocart sera encore dans la poche. L'action du siphon sera alors renversée et la poche vidée autant que possible de l'eau qu'elle contient, puis on retirera l'instrument; on prendra bien soin que l'air ne puisse entrer pendant ces manœuvres et on fermera la plaie hermétiquement. »

Cet auteur admet d'ailleurs qu'en cas d'accident il faudra ne pas hésiter à faire une opération secondaire, comme Taylor et comme Mordecai Price, et il regrette que dans le cas de Champneys cette conduite n'ait pas été suivie.

« La leçon que nous devons tirer de ce cas, dit-il, et j'insiste fortement sur ce point, c'est que nous devons faire un effort préliminaire pour obtenir la résorption du placenta en l'abandonnant après la suture de la poche. Si elle ne se produit pas, nous pouvons toujours, par une opération secondaire faite quelque temps après la première, et quand les événements nous l'indiqueront, extraire le placenta. » La question est de savoir dans quel état de santé de la mère cette seconde opération sera faite, et si l'ablation du placenta n'eût pas été préférable lors de la première intervention.

En somme, il est impossible de se prononcer d'une façon ferme sur un procédé qui n'a jamais, que nous sachions, été appliqué dans un cas où l'enfant était vivant.

2° **Abandon du placenta avec drainage.** — C'est la conduite qui a été tenue le plus souvent, et celle qui est conseillée par de nombreux auteurs. Mais si elle est exempte de dangers immédiats, nous verrons plus loin qu'elle peut donner prise à bien des critiques.

Le point important est de ne point blesser le placenta dans les manœuvres antérieures. Une fois l'enfant extrait, le cordon est coupé entre deux pinces et était jadis fixé dans l'angle inférieur de la plaie. Actuellement il faut le sectionner aussi près que possible de son insertion au placenta, après avoir laissé le bout placentaire se vider du sang que le délivre contient. Ceci fait, quelques chirurgiens se contentent de placer un drainage de Mickulicz à son contact. D'autres essaient d'amener un véritable embaumement du délivre en le saupoudrant d'un mélange de tannin et d'acide salicylique, puis pratiquent le drainage à la gaze. Ce procédé n'est pas exempt de dangers, car il existe une observation de Sippel, où, le quatrième jour après l'opération, la paroi du sac sur laquelle le tannin salicylé avait produit une escarre suivie de nécrose se perfora et provoqua une péritonite.

Je ne signale que pour mémoire l'idée théorique émise par de Smet, dans son travail, page 368. « Ne pourrait-on pas injecter dans ses vaisseaux (du placenta), une substance qui, ne pouvant en aucun cas exercer une action fâcheuse sur la mère, momifierait en quelque sorte la masse placentaire et empêcherait ainsi sa putréfaction? » L'auteur a fait quelques expériences et a injecté dans des placentas des solutions de perchlorure de fer, mais elles n'ont pas été concluantes, bien que les résultats fussent « assez satisfaisants ».

Lorsque ce procédé de traitement du placenta a été employé, il se fait un écoulement assez considérable de sérosité par les drainages, et le placenta finit par être éliminé. L'époque de l'élimination est fort variable : faite généralement du douzième au quatorzième jour, elle peut se produire dès les premiers jours, comme elle peut arriver au bout d'un temps beaucoup plus long; dans la première observation d'Olshausen, cette élimination eut lieu le trente-quatrième jour. Elle se fait de façon variée : tantôt le placenta est expulsé en totalité (Olshausen) ; tantôt il sort sous forme de lambeaux plus ou moins volumineux et peut alors mettre longtemps à s'éliminer complètement (vingt et un jours, William).

Le plus grave inconvénient de ce procédé est le danger constant d'hémorrhagie secondaire, de septicémie ou de péritonite. A ce propos, voici ce que la lecture de nos observations nous apprend. La malade de Champneys est prise de fièvre septique trente jours après son opération et meurt un mois et demi après; celle de Litzman meurt d'hémorrhagie et de septicémie au seizième jour; celle de Wilson est opérée le 11 mai; le 15, on essaie d'enlever le placenta, hémorrhagie, mort de la malade le 16; celle de

Meadow élimine son placenta le sixième jour et meurt d'hémorrhagie et de péritonite; celle de Novara meurt au trente-troisième jour, de péritonite. Mordecai Price et Taylor, voyant leurs malades en danger, font une seconde laparotomie, l'un au trente-troisième jour, l'autre au douzième, enlèvent le placenta et sauvent leurs opérées. Par ce qui précède, nous voyons que, pour éviter un danger immédiat, on laisse la malade sous le coup d'accidents fort graves, souvent mortels. Sans compter que la convalescence est toujours longue, et qu'il reste fréquemment une fistule qui met plus ou moins de temps à guérir. Dans cette manière de procéder, il faut lutter avec soin contre la rétention possible des liquides; c'est pourquoi, croyons-nous, il faudra joindre au drainage abdominal le drainage par le vagin.

Malgré tout, nous croyons que l'abandon du placenta avec drainage ne doit être considéré que comme un pis-aller, et pas du tout comme un procédé de choix.

3° **Ablation du placenta.** — Pour éviter tous les accidents qui peuvent survenir secondairement lorsque le placenta est laissé en place, et amener une guérison rapide, on a quelquefois pratiqué l'ablation de l'arrière-faix. Mais, si c'est là de beaucoup le meilleur procédé, il est certain qu'il y a des cas où il ne peut être employé ; lorsque le placenta, par exemple, a une large surface d'implantation ou des insertions intestinales.

L'ablation du placenta peut se faire sans ou avec hémostase préalable. Dans le premier cas, on fait une véritable délivrance artificielle, et dans deux observations, cette manœuvre a arrêté l'hémorrhagie (cas de Meadow et un cas de Marchand publié à la Société de chirurgie en 1892). Mais malheureusement, il n'en a pas toujours été de même. Aussitôt après l'ablation il s'est produit quelquefois des hémorrhagies qui ont nécessité l'emploi d'autres moyens hémostatiques. Faite de cette façon, nous croyons l'ablation placentaire dangereuse.

Lorsqu'on fait l'hémostase préalable par l'un des moyens que nous avons examinés plus haut, cette ablation placentaire peut, au contraire, se faire presque sans écoulement de sang et c'est là, croyons-nous, la marche la plus sûre à suivre. Il y a du reste, des cas très favorables à cette manière de procéder : par exemple, ceux de grossesse abdominale consécutive soit à des grossesses tubaires, soit à des ruptures secondaires de grossesses intraligamentaires où le placenta reste inséré quelquefois sur les débris de a trompe ou du sac et très souvent est pédiculé.

Tel le cas II d'Olshausen et deux faits de Lawson Tait. De même, lorsque le placenta s'insère sur l'utérus, il y a lieu de se demander si alors on ne met pas la malade dans de très bonnes conditions en faisant l'hystérectomie.

Dans les autres cas, ce sera au chirurgien de voir s'il est possible de faire en même temps l'ablation du sac et du placenta, suivant le procédé que nous examinerons plus loin. Si l'extraction du sac est impossible, il faudra essayer d'enlever le placenta, soit parfois en réséquant la portion du sac sur lequel il est inséré, ce qui est rarement possible, soit en faisant la ligature des artères utérines ou utéro-ovariennes, soit encore en se servant du procédé de Martin.

Si nous laissons de côté le procédé d'abandon du placenta sans drainage, sur lequel aucun fait ne permet d'avoir une conviction, on doit essayer d'enlever le placenta toutes les fois que cela sera possible, et ne le laisser en drainant que lorsque son volume et ses rapports feront de l'ablation une manœuvre dangereuse.

§ 4. — **Traitement du sac.**

Lorsqu'il existe un sac, il se présente sous deux aspects différents : tantôt il est adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen, tantôt il est libre ou à peu près dans la cavité péritonéale.

Dans le premier cas, lorsque les adhérences sont solides, il n'y a pas à discuter la façon de traiter le sac ; on n'a qu'à tirer parti le mieux possible de ce qui existe, en se rapportant pour le traitement du placenta à ce que nous avons dit plus haut. On bourrera le kyste de gaze iodoformée, et des lavages antiseptiques, faits avec soin, empêcheront la stagnation des produits sécrétés. Il y aura avantage dans ces cas à faire un drainage par le cul-de-sac vaginal postérieur, au moyen du drain en croix proposé par Martin.

Lorsqu'au contraire le sac est libre, une question se pose dès qu'il est découvert. Faut-il, comme le conseille Landau, faire la suture préalable à la paroi avant de l'ouvrir ? Cette conduite, excellente lorsqu'on a affaire à un contenu purulent, doit être évitée lorsqu'on se trouve en face d'un kyste contenant un enfant vivant. C'est l'avis d'Olshausen, qui fait justement remarquer qu'en faisant cette suture, l'opérateur se prive d'un des moyens les plus sûrs pour arrêter l'hémorrhagie si elle vient à se produire. En effet, si le sac est fixé et qu'après son incision il se produise une hémorrhagie, il ne reste plus à faire que le tamponnement, qui ne suffit d'abord

pas toujours, et ensuite peut provoquer la déchirure complète du sac, s'il est fait avec énergie. Dans un cas opéré par Schrœder (cas I de l'article de Hofmeier), l'arrêt de l'hémorrhagie présenta une grande difficulté, justement parce que la suture préalable avait été faite. On peut parfaitement, au moyen de compresses aseptiques ou d'éponges, s'arranger de façon à éviter l'issue des liquides dans le péritoine.

Une fois que le sac est incisé, l'enfant extrait et le placenta traité suivant ses caractères anatomiques, on peut transformer ce sac libre en sac adhérent en faisant la marsupialisation, c'est-à-dire en le suturant au péritoine pariétal au niveau de l'incision. Cette manœuvre peut se faire sans rien retrancher des parois du kyste ; il vaut mieux en réséquer tout ce qui est possible et s'arrêter, soit près d'une adhérence à l'intestin, soit lorsque la tension de la paroi est encore faible. Une fois la suture faite, la cavité sera nettoyée au moyen de liquides antiseptiques et bourrée de gaze. Il y aura avantage pour faciliter l'écoulement des liquides à faire le drainage vaginal soit par un drain, soit par une mèche. Ce moyen, très communément employé, doit être un procédé d'urgence et non de choix, car il présente de grands inconvénients. C'est d'abord la lenteur extrême de la guérison et la persistance plus ou moins longue de fistules difficiles à guérir. Son plus grand inconvénient est l'éventration et Litzman, dans un cas, a été forcé de faire secondairement l'ablation du sac ; une des opérées de Lawson Tait a aussi une hernie ventrale qui contient une bonne partie de ses intestins. Mais c'est là un moyen auquel il ne faut pas hésiter à recourir toutes les fois que des adhérences intimes à l'intestin existeront.

Martin, de Berlin, a préconisé un procédé spécial de traitement qu'il a employé dans l'observation que nous rapportons. Il résèque la plus grande partie possible du sac, suture entre elles les parties restantes, de façon à isoler l'intérieur du sac de la cavité péritonéale. Il établit ensuite le drainage, par le vagin, du kyste ainsi diminué de volume, afin d'assurer l'écoulement facile de la suppuration dont il pourra être le siège. Mais, ainsi que le font remarquer Fraenkel et Maygrier, ce n'est encore là qu'une méthode d'exception, car il faut des parois kystiques épaisses et peu d'adhérences aux parties voisines. Schneider se prononce également contre ce procédé.

Enfin il nous reste à étudier une méthode qui met la femme opérée de grossesse extra-utérine dans les mêmes conditions qu'une opérée d'un kyste de l'ovaire, ou d'une hystérectomie abdominale à pédicule rentré.

Nous voulons parler de l'*ablation totale du sac et du placenta.* Cette opération a été proposée par Litzman et pratiquée par Wœrth pour la première fois ; c'est Breisky, de Vienne, qui l'a faite le premier dans un cas où l'enfant était viable. C'est la méthode idéale et celle qu'on doit appliquer toutes les fois qu'elle sera possible. Déjà, en 1886, Maygrier avait une statistique de sept cas d'extirpation dans des opérations après la mort de l'enfant, avec sept guérisons, et disait : « L'heureuse issue de ces sept cas est trop remarquable pour ne pas attirer l'attention malgré leur petit nombre. » L'événement n'a fait que confirmer les prévisions de cet auteur, et actuellement c'est la conclusion de presque tous les travaux sur la grossesse extra-utérine.

Nous publions plus loin sept observations où tout a été enlevé, avec sept guérisons (Breisky, Eastman, von Strauch, Schauta, Rein, Johnson, Olshausen). Il en existe d'autres se rapportant à des enfants morts et quelques-unes aussi où les enfants étaient vivants, mais au-dessous de sept mois (un cas de Picqué pour une grossesse tubaire de cinq mois avec enfant vivant). Tous ces faits montrent que l'extirpation totale assure une guérison plus rapide, un traitement post-opératoire plus commode, et expose moins aux hernies de cicatrices. Malheureusement il faut bien dire que souvent ce procédé est impossible à exécuter, soit parce que la décortication du kyste est impraticable, soit parce qu'il y a des adhérences avec l'intestin qui rendent l'isolement du sac fort dangereux.

Le manuel opératoire est le suivant : après l'extraction de l'enfant, on fait l'hémostase préalable au moyen de clamps placés d'un côté sur la corne et le bord utérin, de l'autre sur le ligament infundibulo-pelvien compris dans les portions qui rattachent le sac aux parois externes du bassin. Ablation du sac et du placenta. Pose de ligatures en chaîne partout où cela est posssible ; s'il est impossible de remplacer la pince par des fils, on laisse le clamp à demeure. Cette manœuvre, employée par von Strauch, a parfaitement réussi.

Il y a avantage à ne tenter l'ablation que lorsque l'enfant est extrait. Dans un cas de cinq mois, opéré par Doleris (où le diagnostic n'avait pas été fait), cet opérateur posa des ligatures avant d'ouvrir le sac, mais un des pieds de l'enfant fut compris dans une anse de fil et amena la déchirure du sac. Malgré cet accident, Doleris dit que l'opération n'a pas présenté de très grandes difficultés. C'est aussi l'avis des auteurs qui ont pratiqué cette opération. Il est vrai de dire que la difficulté opératoire varie avec la

variété de la grossesse. Tant que le sac est pédiculisable, l'ablation est facile, de même aussi lorsque le placenta s'insère sur les débris de la trompe ou du ligament large, comme dans le cas d'Olshausen et les deux cas de Lawson Tait.

Dans le cas de grossesse intraligamentaire, au contraire, cette méthode doit souvent être longue et pénible. Cependant les cas de Breisky, Rein, Schauta, Eastman, étaient de cette variété ; Olshausen put aussi arriver à décortiquer le sac dans un cas où le fœtus était mort, mais à terme.

On peut conclure de la lecture des observations que c'est là, en somme, le véritable traitement idéal, parce qu'il coupe court à toute hémorrhagie secondaire et à toute chance d'infection venant du placenta. Mais il est bien certain qu'il n'est pas à la portée de tous ; il faut un chirurgien habitué aux difficultés de la chirurgie abdominale, et joignant à une grande habileté opératoire un jugement sûr et droit.

Cas ou le placenta s'insère en avant. — Avant de passer à la synthèse de toute cette étude et de voir comment appliquer toutes ces données, nous voulons examiner un cas qui, en pratique, se présente assez fréquemment et ne laisse pas que de causer de forts ennuis à l'opérateur.

Il arrive, en effet, assez souvent, que le placenta soit inséré sur la paroi antérieure du kyste et qu'il faille aller au travers extraire l'enfant.

Litzman admet la proportion de 1 sur 5 ; Harris, celle de 1 sur 7 ; sur les 57 opérations de laparotomies rapportées plus loin, nous trouvons 11 fois cette disposition, ce qui nous donne à peu près la même moyenne qu'à Litzman. Sur ces 11 opérations, 2 femmes ont été opérées in extremis (Spiegelberg, Kœberlé), il en reste donc 9 sur lesquelles on peut discuter Voici leurs résultats :

Pour les mères, 4 morts, 5 guérisons ;

Pour les enfants, 3 morts, 6 guérisons.

La conduite à tenir varie suivant que le sac est ou non adhérent à la paroi antérieure. Lorsque le sac est fusionné, il faut inciser largement, faire comprimer en masse chaque lèvre, soit par les aides, soit par de longues pinces à kystes à mors doublés de caoutchouc, extraire rapidement l'enfant et couper le cordon. Ceci fait, au cas où l'hémorrhagie est arrêtée, le mieux est, je crois, de laisser le placenta en place ou d'essayer de le traiter par le procédé de Martin. On fera un tamponnement du sac. Si l'hémorrhagie continue, on ne pourra que faire le tamponnement, à moins que la ligature des vaisseaux saignants soit possible, ce qui sera l'exception ; on pourra essayer aussi des injections chaudes.

Lorsqu'au contraire le sac est libre d'adhérences, il faut à tout prix faire de l'hémostase préventive, et ne pas craindre, si cela est nécessaire, d'ouvrir transversalement l'abdomen pour faciliter les manœuvres. Les pinces ou le lien élastique rendront de signalés services. Il est probable que, dans le cas de Lebec, comme le faisait remarquer M. Perier, si cette conduite avait été suivie, l'hémorrhagie épouvantable qui se produisit alors aurait été maîtrisée.

§ 5. — Marche de l'opération.

La laparotomie pratiquée dans une grossesse extra-utérine avec enfant viable se compose de quatre temps :

1° Incision ;

2° Extraction de l'enfant ;

3° Traitement du placenta et du sac ;

4° Sutures de la paroi.

1° **Incision.** — Le plus souvent elle a été faite sur la ligne médiane, comme pour une laparotomie ordinaire. Quelques opérateurs l'ont pratiquée latéralement, soit sur le bord externe des muscles droits et parallèlement à ce bord, soit obliquement en dehors ayant pour but, ou d'éviter l'insertion placentaire ou d'inciser sur la portion la plus saillante de la tumeur.

Lawson Tait, partant de cette idée que toutes les grossesses ectopiques à terme se sont développées dans le ligament large et par conséquent en dehors du péritoine, trouve qu'il y a avantage à ne pas ouvrir ce dernier. Aussi propose-t-il de commencer « l'incision à deux ou trois pouces de distance de la ligne médiane et de la diriger du côté où la grossesse s'est développée, si ce point peut être déterminé ». Il admet d'ailleurs que ce diagnostic sera toujours fait par l'anamnèse. Nous croyons qu'en effet cela serait facile si le diagnostic complet de la grossesse ectopique était toujours possible, mais nous savons qu'il est loin d'en être toujours ainsi, et quelle difficulté n'aura-t-on pas lorsque, avec cette incision, on tombera sur une grossesse abdominale secondaire, par exemple, et qu'il s'agira de traiter le placenta ! Dans les cas douteux, et ce sont les plus fréquents, il vaudra mieux, croyons-nous, faire l'incision verticale et médiane, qu'on peut modifier au moyen de sections accessoires.

Sippel, dans le cas que nous citions, a joint à l'incision médiane une

autre transversale, et le jour et la facilité que cette dernière lui a donnés l'ont engagé à la faire systématiquement pour les trois raisons suivantes :

1° Par cette incision transversale, le danger de la rupture du sac, lorsqu'il est sorti de l'abdomen, par les contractions des muscles abdominaux, est écarté ;

2° Elle permet de trouver rapidement et facilement l'utéro-ovarienne et d'y mettre une pince ;

3° On peut, si tout va au pis, faire comprimer par un assistant l'utéro-ovarienne de haut en bas contre la paroi postérieure de la cavité abdominale, et en même temps l'opérateur ne sera pas gêné.

Nous admettons ce tracé d'incision à la condition de ne s'en servir que dans les cas urgents ; elle doit en effet beaucoup faciliter les manœuvres, surtout au point de vue de l'hémostase préventive de l'ablation totale du sac et du placenta.

En somme, le tracé lui-même est indifférent, mais ce qu'il faut, c'est une large incision, permettant de bien voir et d'agir librement une fois la cavité ouverte. Il ne faut pas hésiter à l'agrandir et à employer la modification apportée par Sippel. Il y aura avantage, comme l'a fait cet auteur, à saisir les deux volets de cette seconde incision au moyen de pinces de Museux placées sur les deux bouts de l'épigastrique ; on aura ainsi, avec l'hémostase, deux écarteurs solides qui permettront de bien éclairer la cavité.

Lorsqu'on se contentera de l'incision verticale, il faudra la faire de 16 à 17 centim., donnant ainsi une ouverture de 33 centim. environ et permettant le dégagement facile de la tête.

2° **Extraction de l'enfant**. — La cavité péritonéale une fois ouverte, deux cas peuvent se présenter. S'il n'y a pas de sac, il faut inspecter soigneusement pour savoir où est le placenta, saisir l'enfant autant que possible par les pieds et faire l'extraction ; le cordon une fois sectionné, l'enfant sera placé dans une couveuse.

Si le sac existe, il peut être adhérent, comme nous l'avons vu, et alors on est à peu près revenu au cas précédent. Si au contraire le sac est libre la conduite est différente.

Il faut d'abord que l'incision le découvre complètement ; ceci fait, les petites adhérences épiploïques ou intestinales légères seront détachées suivant les principes ordinaires. Si le placenta est en avant, nous croyons bon de faire l'incision transversale et de faire l'hémostase préventive,

soit au moyen du lien de caoutchouc, ou mieux au moyen de pinces placées sur l'utérine et l'utéro-ovarienne. Cette conduite doit être suivie toutes les fois que l'on jugera que l'insertion placentaire occupe trop de place pour ne pas laisser passage à l'enfant, sans risquer de blesser le délivre. Dans tous les autres cas, on pourra pour faire l'hémostase attendre l'extraction de l'enfant.

Le sac sera alors sorti de l'abdomen, et derrière lui un aide rapprochera avec la main les deux lèvres de l'incision. Des compresses seront placées pour éviter l'introduction des liquides dans le péritoine et le sac incisé. Le liquide anmiotique s'écoulera ; quelques pinces hémostatiques seront placées sur les lèvres d'incision du sac, l'enfant sera extrait et le cordon coupé entre deux pinces.

3° **Traitement du placenta et du sac**. — On doit avoir pour principe de faire l'extirpation totale, mais en étant prêt à abandonner cette manière de faire si les conditions anatomiques ne s'y prêtent pas.

Lorsqu'il n'y a pas de sac, l'extirpation du placenta n'est possible que s'il est en quelque sorte pédiculé et inséré sur les débris de la trompe ou du ligament large. On pourra également l'enlever lorsqu'il coiffera l'utérus, et alors on peut appliquer le procédé de Martin, ou mieux, faire une hystérectomie. Lorsqu'au contraire il est étalé et qu'il prend des insertions sur l'intestin, il est moins dangereux de le laisser en place et de le traiter comme il a été dit plus haut que d'essayer une ablation qui peut amener une hémorrhagie fort grave.

Lorsque le sac est adhérent, nous croyons que le plus prudent est de le laisser en place, à moins qu'il ne soit inséré en un point permettant l'application du procédé de Martin, ou bien qu'il soit bien limité, épais et comme amassé sur lui-même. Hermann (*Transactions of obstetrical Society*, London, t. XXIV) a en effet montré que, dans les cas où le placenta avait cette forme, ses rapports vasculaires au point d'insertion étaient moins intimes, et qu'on pouvait, dans ces cas, tenter l'ablation. Si on décide cette manœuvre, il faut la faire rapidement et être prêt à faire de suite soit des injections très chaudes, soit un tamponnement sérieux du sac à la gaze aseptique.

Lorsque le sac est libre d'adhérences et a pu être sorti de l'abdomen, on doit de suite après l'extraction de l'enfant examiner les rapports du sac et voir à quelle variété de grossesse ectopique on a affaire. Si, en physiologie et

en pathologie, on peut admettre plusieurs variétés de grossesses ectopiques, au lit d'opération il y en a seulement deux à distinguer suivant qu'elle est ou non pédiculisable. Parmi celles que l'on peut pédiculer, se trouvent les grossesses interstitielles, tubaires, ovariennes ; cette dernière variété est fort rare, et arrive d'ailleurs exceptionnellement à terme.

Pour les grossesses interstitielles, les plus rares de toutes, Wœrth conseille de pratiquer une hystérectomie à pédicule externe ; c'est en effet le procédé qui nous paraît le plus rationnel.

Pour les grossesses ovariennes et tubaires, le pédicule existe souvent, plus ou moins large, et nécessitera la suture en chaîne faite comme pour un kyste de l'ovaire.

Mais si ces variétés sont pédiculisables, elles pourront avoir avec les viscères voisins, particulièrement avec l'intestin, des adhérences qui rendront impossible la pédiculisation. Dans ces cas, il faudra faire l'hémostase en liant les artères utérines et utéro-ovariennes, et procéder à l'ablation du placenta. Le sac sera ensuite marsupialisé, après toutefois qu'on en aura réséqué la plus grande partie possible. Si les parois sont suffisamment fortes, on pourra essayer du procédé de Martin, faire le drainage par le vagin et l'oblitération supérieure du sac. Cette marsupialisation sera suivie d'un drainage vaginal, de lavages antiseptiques, puis du tamponnement suivant la méthode de Mickulicz.

Dans ces cas, le placenta ne sera laissé que lorsque le sac présentera une rupture par laquelle le délivre a pu prendre insertion sur l'intestin; comme dans le premier cas de Olshausen.

Quant à la grossesse intraligamentaire, où il paraît devoir être impossible de faire l'ablation totale, il résulte de l'étude des faits que cette manœuvre est relativement facile. Sur les sept cas rapportés plus loin, quatre fois on eut affaire à des grossesses ectopiques de cette variété. La décortication sous-péritonéale, absolument comme pour une tumeur intraligamentaire, arrivera très souvent à séparer le kyste des parois pelviennes, mais cette manœuvre ne pourra être tentée qu'après hémostase préventive. Enfin, dans les cas où elle sera impossible, il restera toujours à recourir aux autres procédés.

4° **Sutures de la paroi**. — On pourra faire la suture complète de la paroi sans drainage dans les cas d'ablation totale et dans ceux où le sac aura été traité par le procédé de Martin.

Dans les cas où le sac sera marsupialisé et tamponné, l'incision pariétale sera fermée jusqu'à son niveau.

Dans les opérations où le placenta aura été laissé en place, le drainage suivant le procédé de Mickulicz sera toujours appliqué. Il est clair que si des phénomènes septicémiques apparaissent, il ne faut pas hésiter à faire une seconde laparotomie, comme l'ont déjà fait Taylor et Mordecai Price. Enfin, lorsqu'on fera l'hystérectomie, l'incision sera traitée comme elle l'est dans les cas de fibromes.

OBSERVATIONS

I. — **Observations où les femmes ont été opérées in extremis.**

Obs. V. — Pietro-Lazzati. *Manuele del Parto Mechanico od'instrumentale del Lovati.* Milano, 1854, p. 194 (statistique d'Harris). — C'était la femme d'un ami intime du chirurgien. Elle était à neuf mois de grossesse, et fut opérée in extremis (la maladie n'est pas indiquée). La mère mourut en vingt-deux heures, de shock et d'épuisement. L'enfant était en état de mort apparente et ne put être rappelé à la vie.

Obs. VI. — *Grossesse extra-utérine abdominale de neuf mois. Péritonite. Laparotomie. Incision passant à travers le placenta. Hémorrhagie. Suture du sac à la paroi. Placenta laissé en place. Mort de la mère. Enfant vivant.* — Kœberlé. *Gazette médicale de Strasbourg,* 1863, p. 161. — Le docteur Klée constate chez une femme de 39 ans une grossesse extra-utérine de neuf mois, avec enfant vivant et péritonite. Kœberlé appelé en consultation confirma tous les points du diagnostic, et, après un examen minutieux, il établit qu'au moins une portion du placenta était insérée sur la partie antérieure et inférieure du kyste.

Malgré l'état grave de la mère et songeant à la vie de l'enfant, on fait la gastrotomie. Incision de 14 centim. sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, issue de pus verdâtre, mélangé de fausses membranes. L'utérus était en avant, les annexes des deux côtés appliqués sur la partie antéro-inférieure du kyste

L'opérateur vit alors que le placenta recouvrait toute la portion accessible du kyste. Il pratiqua vers la gauche, où l'épaisseur du tissu vasculaire lui paru moins considérable, une petite ouverture qu'il agrandit ensuite en la dilatant avec les doigts, et qui donna issue au liquide amniotique. Extraction de l'enfant. Hémorrhagie considérable venant du placenta déchiré, qui résiste aux applications de perchlorure de fer, à la ligature en masse et ne cède qu'à la compression au moyen d'éponges. Sutures entortillées du sac à la paroi, e tamponnement à l'éponge du sac fœtal. L'opérée mourut au bout de peu de temps.

L'enfant, un garçon de 3,017 gr., long de 44 centim., était en état de mort apparente; il fut ranimé par l'insufflation de bouche à bouche, mais mourut au bout de vingt-quatre heures.

Obs. VII. — Robert Greenlahgt. *Medical Mirror*, novembre 1864, p. 689. — Femme de 40 ans, ayant une grossesse extra-utérine de huit mois. Elle est opérée in extremis et meurt en trente-deux heures. L'enfant vécut une heure après l'opération.

Obs. VIII. — *Grossesse ovarienne troublée seulement par quelques douleurs vagues. Au terme de la grossesse, usure du sac fœtal et péritonite. Gastrotomie pratiquée en quelque sorte pendant l'agonie de la mère. Incision du sac fœtal au niveau de l'insertion placentaire. Extraction d'une partie seulement du délivre. Enfant vivant. Mort de la mère. Autopsie.* — Spiegelberg. *Arch. fur Gyn.*, 1878, XIII; reproduite in *Gazette de gynécologie*, 1878, II, p. 17). — Une femme de 26 ans, menstruée á sa vingtième année et ayant eu un enfant neuf ans auparavant, se présenta en juillet 1876 à la polyclinique de Breslau, se plaignant de douleurs dans la partie gauche du bas-ventre, douleurs qui, remontant à plusieurs années, étaient devenues plus fortes depuis la fin de mai, époque où les règles s'étaient montrées pour la dernière fois. L'examen démontra une hypertrophie médiocre de l'utérus, et á la réunion du corps et du col et du côté droit, une tumeur du volume d'une petite pomme, inégale, adhérente, qui fut interprétée comme un noyau inflammatoire du ligament large correspondant. Concurremment, on admit l'existence d'une grossesse utérine comme vraisemblable.

La malade fut ensuite perdue de vue jusqu'au 5 mars 1877, jour où elle fit demander l'assistance du professeur Spiegelberg. D'après ce qu'elle raconte, la grossesse aurait poursuivi sa marche sans encombre, lorsque, il y a quatre jours, les douleurs expulsives se montrérent, et avec elles des signes de péritonite. L'examen qui fut fait démontra, avec l'existence d'une péritonite diffuse, la vacuité de l'utérus et la présence d'un enfant vivant. L'état de la mère était désespéré, néanmoins on tenta la gastrotomie comme ultima ratio.

L'opération, pratiquée dans une chambre étroite, sur un lit bas, sans autre lumière qu'une petite lampe à pétrole, et sans autre aide que la sage-femme et le chloroformisateur, fut difficile.

Aprés une incision allant du nombril au pubis, et donnant issue à une grande quantité de pus clair, jaunâtre et rouge de sang, le sac fœtal se présenta sous les yeux. Comme j'incisais les enveloppes, il survint une violente hémorrhagie, et, en élargissant l'ouverture, je constatai que le placenta avait été intéressé dans sa longueur. Le liquide amniotique était peu abondant. L'enfant, dont le dos était placé á droite, fut vivement extrait par les extrémités inférieures; il était légèrement asphyxié, mais il ne tarda pas à crier. Pendant que l'on s'occupe de l'enfant, je comprime avec les deux mains les bords de la plaie faite au sac fœtal, et arrête momentanément l'hémorrhagie. Pour y mettre un terme, je détache le lambeau du placenta qui avait été coupé. Mais cette manœuvre, facile sur l'un des bords, ne l'est point également sur l'autre : aussi on se borne à appliquer une ligature en masse sur ce point.

L'opérée, affaiblie par la perte de sang, succomba dans la nuit : quant à l'enfant, élevée au biberon, elle succomba à 3 mois.

L'autopsie se borna à l'extraction du sac, qui était uni par de nombreuses adhérences à la séreuse pariétale du côté droit, au mésentère et au cæcum. Voici la description de l'utérus et des annexes.

L'utérus hypertrophié a, en longueur, 14 centim., en largeur, au fond, 10 centim.; quant aux parois, elles ont 15 millim. d'épaisseur et donnent à la coupe du sang en quantité. La muqueuse du corps utérin est gonflée, rugueuse et déchiquetée; la couche superficielle en est lâche et facile à détacher. La muqueuse du col, intacte, est épaisse.

Les trompes se détachent normalement des deux côtés. A gauche elle est intacte dans l'étendue de 7 centim.; l'extrémité externe se perd dans des appendices pseudo-membraneux se trouvant dans le feuillet postérieur du ligament large. L'ovaire correspondant a le volume habituel, il est résistant, couvert d'enfoncements cicatriciels et ne contient pas trace de corps jaunes anciens.

A droite, on constate un sac lié à l'utérus par le ligament ovarien qui, même dans son état d'affaissement, mesure encore 10 centim. de diamètre. Sur son côté antérieur, il est réuni au cæcum par une large et épaisse adhérence dans laquelle cheminent quelques rameaux volumineux. La trompe droite, placée au bord supérieur du ligament large épaissi, passe au-devant du sac; elle peut être suivie dans l'étendue de 22 centim.; mais, tandis que dans la moitié de son parcours elle a un calibre normal, dans l'autre moitié elle constitue un cordon aplati et grêle qui se perd sur la surface externe du sac (frange ovarique).

Le ligament de l'ovaire correspondant est épaissi et contient plusieurs grands vaisseaux. Dans sa longueur et à peu près dans le milieu de la partie inférieure du sac et dans la paroi, est un corps résistant, du volume d'une noisette. Ce corps, qui n'est autre que l'ovaire, contient, avec une petite vésicule, un kyste du volume d'une cerise, rempli de matière jaune vif et de nombreux poils déliés. Ce kyste dermoïde se perd dans la paroi du sac, sans limite précise.

La paroi du sac fœtal est, dans sa partie supérieure extrêmement mince; elle consiste en deux feuillets faciles à séparer l'un de l'autre : l'un externe, résistant et un peu plus épais; l'autre interne, extrêmement délié. La plus grande partie de la paroi interne est tapissée par un tissu placentaire qui, épais en bas, s'amincit en haut. Cette formation placentaire s'étend jusque parmi les enveloppes les plus externes du kyste. La surface interne présente encore la membrane amniotique. Sur la partie latérale et inférieure du sac, s'insère le cordon ombilical, long encore de 45 centim.; il n'offre aucune anomalie.

Obs. IX. — *Grossesse extra-utérine tubaire de 9 mois, péritonite. Enfant vivant. Laparotomie. Extirpation d'un fœtus vivant. Placenta laissé en place. Suture du sac à la paroi. Mort de la mère et de l'enfant le lendemain.* — Vedeler et Norman *Norsk Magazin for Laegevidenskab,* 1880, résumée in *Centralblatt für Gynäkologie*, 1881, p. 224. — Femme de 40 ans, enceinte pour la quatrième fois, ayant eu ses dernières règles en mars 1879. Elle fut examinée au mois de décembre de cette même année et l'on porta le diagnostic à peu près certain de grossesse extra-utérine avec enfant vivant, et péritonite consécutive à une rupture du sac.

L'examen montrait que la tête était recouverte par une paroi si mince que la petite fontanelle pouvait être très facilement sentie. Le col était entr'ouvert et à droite; la sonde pénétrait de 10 à 12 centim., et avec une main dans le vagin on pouvait se rendre compte que la cavité utérine était vide.

La laparotomie montra, une fois le péritoine incisé, le sac fœtal violacé et lisse d'adhérences. En un point, se trouvait une saillie sur laquelle on incisa la paroi du sac : une hémorrhagie abondante se produisit et l'enfant fut extrait. Il respirait à peine, mais on arriva à le ranimer et à le faire crier. Le placenta fut laissé en place, le sac fœtal suturé à la plaie abdominale. La patiente mourut le lendemain.

L'examen du sac fœtal montra que très probablement on avait affaire à une grossesse tubaire, ce qui est très rare. L'enfant mourut deux jours après.

OBS. X. — *Grossesse extra-utérine de huit mois avec enfant vivant. Péritonite. Laparotomie. Placenta laissé en place, sac suturé à la paroi. Mort de la mère et de l'enfant.* — LANGE (1). *Berliner klinische Wochenschrift*, 1885, p. 465. — Femme de 28 ans, bien portante, réglée depuis l'âge de de 14 ans, sauf une fièvre typhoïde; 6 avortements en six ans et sans maladie. Dernières règles le 2 février 1882. A la fin d'avril, pertes de sang et issue de membranes. Depuis, aucune perte; son abdomen a augmenté. Les mouvements du fœtus sont perçus pour la première fois en juillet.

Le 22 septembre, fortes douleurs du travail; depuis qu'elle a perçu l'enfant remuer, son état général est devenu mauvais. Sensation de pesanteur dans l'abdomen et accès de fièvre intermittente. L'aspect général est très mauvais le jour de son entrée (29 septembre).

On constate une tumeur occupant le côté gauche de l'abdomen de la symphyse aux dernières côtes. Ballonnement et tympanisme. Circonférence, 96 centim. On ne sent que les petites parties. A gauche de l'ombilic, on entend les battements cardiaques avec leur fréquence normale. Sous la narcose, on peut bien séparer la tumeur de l'utérus en rétroversion, et dont la cavité est un peu augmentée. Fièvre modérée (38°,6 le soir).

Dans les premiers jours, la fièvre augmente, la malade est abattue et les bruits du cœur du fœtus sont devenus plus rapides et moins forts. On décide de faire la laparotomie.

Le fœtus pèse 2,200 gr., il est asphyxié et ne peut être ranimé. Le sac fœtal est suturé à l'angle inférieur de la plaie parce que le placenta était incisé dans le Douglas. On introduit un drain par l'angle inférieur et on ferme la plaie. Malgré des injections d'éther, la malade tombe dans le collapsus et meurt dix-sept heures après l'opération.

A l'autopsie, le placenta est incéré sur toute l'étendue de la partie inférieure de l'abdomen située au-dessous de l'incision et va au-dessous de l'utérus rétrofléchi jusque dans le Douglas. Dans le bassin, on trouve de nombreuses pseudo-

(1) Cette observation et la suivante sont citées dans le traité de Pozzi comme étant dues à Hildebrand.

membranes avec épaississement du péritoine où sont logés les ovaires et les trompes. La vessie est appliquée par le placenta contre la symphyse.

Obs. XI. — *Grossesse extra-utérine de neuf mois et demi avec enfant vivant. Péritonite. Laparotomie. Placenta laissé en place. Mère morte. Enfant vivant.* — Lange. (*loco citato*). — Femme de 26 ans, bien réglée depuis l'âge de 14 ans. Avortement à 21 ans, malade à la suite pendant cinq semaines. Dernières règles en mai 1881. En octobre 1881, premiers mouvements du fœtus. 10 janvier 1882, douleurs de travail disparaissant bientôt ; depuis la malade a toujours eu de la fièvre. 1er et 2 février, issue de membranes et de sang avec douleurs. L'état de la patiente devient de plus en plus inquiétant et, le 15 février, on l'apporte mourante à l'hôpital.

On constate que le fœtus vivant se présente par le siège, le dos à gauche, et à côté de la tumeur se voit l'utérus augmenté de volume. Symptômes de péritonite généralisée. Laparotomie. Extraction d'un garçon vivant. Le placenta est inséré sur le fond du petit bassin et ne peut pas être décollé. Pansement antiseptique.

Fièvre modérée, l'aspect de la plaie devient mauvais et la sécrétion du sac prend une mauvaise odeur. Injection d'eau salicylée plusieurs fois par jour. L'état s'aggrave et la malade meurt au dixième jour. L'enfant a vécu.

Autopsie. — Péritonite suppurée généralisée. Le placenta est dans le Douglas adhérent à la face postérieure du ligament large et de l'utérus augmenté de trois fois son volume. Le tissu placentaire est friable ; la trompe gauche de son milieu jusqu'à l'orifice abdominal est oblitérée ; l'ovaire gauche normal. De nombreuses fausses membranes recouvrent à droite les organes et empêchent de les voir. Le sac contient un liquide fétide sanguinolent.

Obs. XII. — Price. Statistique d'Harris (communication orale), 1888. — Femme de 37 ans, cinquième grossesse ; opération à sept mois et demi de grossesse extra-utérine, après rupture du sac et symptômes de péritonite. Placenta laissé en place ; il adhérait à l'utérus, à l'ovaire gauche, au ligament large, à la paroi du bassin, à l'os iliaque et au côlon. *Mère morte d'hémorrhagie* quatorze heures après. Enfant mort quatre heures après.

II. — Observations où les mères étaient en bonne santé.

Obs. XIII. — *Grossesse extra-utérine de sept mois. Rupture du kyste. Laparotomie. Issue des anses intestinales, qui ne peuvent être rentrées. Enfant vivant. Mère morte de péritonite* (1807). — Heim (1). *Rust, Magazin für die gesammte Heilkunde*, Bd. III; et in travail de Litzmann. *Archiv. für Gynäkologie*, 1880, t. XVI. — La grossesse extra-utérine avait été présumée dès le troisième mois, car on sentait le kyste dans le cul-de-sac postérieur. La femme perçut les mouvements au quatrième mois. L'utérus en ce moment était en rétroversion très prononcée. Le ventre se développa graduellement. Au septième mois, on pouvait facilement sentir les mouvements du fœtus au travers des parois. Le col était ramolli, ouvert. L'enfant se sentait par le vagin dans le côté gauche du bassin. Les douleurs commencèrent le 21 août.

Au bout de quatre jours d'efforts infructueux, la mère se décida à l'opération, qui eut lieu le 25 août, jour de l'entrée des Français à Berlin.

L'opérateur, le Dr Brückert, fit une incision entre l'ombilic et la symphyse, de 23 centim. Les intestins firent saillie immédiatement. L'œuf n'avait pas contracté d'adhérences et se trouvait derrière eux. Il était rompu à sa partie supérieure et donnait passage aux jambes de l'enfant. Celui-ci était vivant et bien conformé. Malheureusement les intestins étaient déjà fortement enflammés par la rupture du kyste, et on ne put les rentrer, malgré les tentatives de réduction et malgré une ponction pour évacuer le gaz qu'ils contenaient. On dut les laisser dehors. La malade mourut le troisième jour, de péritonite suraiguë. L'enfant survécut. L'auteur attribue une partie de l'insuccès à la grande longueur de l'incision.

Obs. XIV. — *Grossesse extra-utérine de neuf mois. Laparotomie après plusieurs jours de faux travail. Extraction du placenta. Mère et enfant vivants* (1809). — Muller. *Bulletin des sciences médicales publié au nom de la Société médicale d'émulation de Paris*, 1811, VIII, 406. — M. Müller, chirurgien à Halbeau, en Silésie, fut appelé en novembre 1809 au village de Graefenhagen, pour donner des secours à la femme de Christophe Richter, âgée de 24 ans, et qui était depuis plusieurs jours en mal d'enfant. Après s'être convaincu, par un examen très exact, que le fruit, dont on distinguait très bien les mouvements,

(1) Cette observation, connue sous le nom de Heim, devrait être rapportée à celui de l'opérateur, le Dr Brückert. C'est du reste sous ce nom qu'elle est désignée dans le travail de Harris (*The American Journal of obstet.*, 1887, p. 1164).

n'était point contenu dans l'utérus, mais plutôt dans l'ovaire ou dans la trompe du côté gauche, M. Müller se décida à faire la gastrotomie. Il sépara les téguments du côté gauche par une incision de six pouces de long, ouvrit l'ovaire et en retira un enfant à terme et vivant, détacha le placenta et débarrassa à l'aide d'une éponge la cavité abdominale du sang et de la liqueur de l'amnios qui s'y étaient répandus; la plaie fut traitée selon les règles de l'art. La mère et l'enfant se portent très bien.

Obs. XV. — *Grossesse extra-utérine de neuf mois et demi, avec enfant vivant. Laparotomie latérale après le début du faux travail. Extraction d'une fille vivante. Placenta laissé en place. Cordon suturé à la plaie. Mère morte de péritonite au trente-troisième jour.* — Dominique Novara. Extrait d'une lettre du docteur Dominique Novara à M. le docteur André Badare, contenant l'histoire d'une grossesse extra-utérine venue à terme; in *Journal universel des sciences médicales*, 1816, t. III, p. 119. — Thérèse Corradi, du Port-Maurice, 38 ans, mère de quatre enfants, eut le 10 février 1814 une suppression de règles qui lui fit soupçonner qu'elle était enceinte pour la cinquième fois. En effet, dès ce moment, elle se plaignit de petites douleurs dans l'abdomen, qui s'exaltèrent vivement vers la fin du troisième mois et durèrent quinze jours.

A la fin de septembre, il se manifesta de nouvelles douleurs, dont l'intensité suivait exactement les progrès de la grossesse. Cependant elles ne persistèrent que peu de jours aussi violentes, et cessèrent jusqu'en novembre; mais alors elles éclatèrent avec tant de force que la malade n'avait plus de repos. Elle passa plusieurs jours dans cette triste situation, lorsque le 20 mars, aux douleurs abdominales s'en joignirent d'autres à la région de l'utérus. C'est à cette époque qu'elle rendit une môle de la grosseur de deux œufs de poule. L'orifice de la matrice resta dilaté pendant quelques jours, et livra passage à une humeur fort semblable aux lochies.

Malgré la sortie de la môle, les douleurs du ventre ne s'évanouirent point, et l'œdème des extrémités fit de tels progrès qu'il gagna les parties de la génération.

La malade éprouvait une chaleur fébrile avec soif et toux; ses urines ne coulaient plus, le bas-ventre s'élevait à vue d'œil; en un mois, l'ascite fut complète. En portant la main sur l'abdomen, on sentit alors pour la première fois la tête et les membres du fœtus, dont les mouvements augmentaient les douleurs de la mère. Les seins se gonflèrent jusqu'au huitième mois, et se ramollirent dans le neuvième.

Le 22 novembre, l'opération fut proposée, mais la malade s'y refusa. Cependant elle maigrissait de plus en plus et ses forces diminuaient.

Le 7 décembre, la malade fut transportée à l'hôpital, où l'on décida que le fœtus était hors de la matrice, et que l'opération était le seul moyen de l'extraire vivant de la cavité du bas-ventre.

En conséquence, la malade fut couchée sur le dos, la tête et la poitrine plus élevées que le reste du corps, et assujettie dans cette position par deux aides.

Je commençai l'incision un pouce au-dessus du lieu où se fait la paracentèse et la prolongeai le long du bord du muscle droit dans l'étendue d'environ sept pouces.

Il n'est pas besoin de remarquer que je ne compris dans la première section que la peau, le tissu cellulaire et les muscles. Je pénétrai par la seconde dans la cavité du péritoine, que je divisai d'un seul coup, suivant la direction et la longueur de la plaie des téguments. Les eaux et le fœtus, par son poids, s'opposèrent à l'issue des intestins. Le liquide seul s'écoula, entraînant avec lui des portions de membranes putréfiées; il pouvait peser trente livres (?).

Le fœtus était étendu transversal. ment, la tète au côté gauche. Tandis que je tenais la plaie dilatée, le docteur Sarro saisit par les pieds une fille très grosse et très bien constituée qui se mit à pleurer aussitôt. Je liai le cordon ombilical et le laissai dans l'angle inférieur de la plaie, n'ayant pu détacher l'arrière-faix. La plaie fut alors réunie, comme cela se pratique dans la gastrorrhaphie.

La nuit qui suivit l'opération, la malade fut prise de fièvre et de toux; elle urina plus que de coutume, et vomit une potion calmante qu'elle avait prise.

Le deuxième jour, issue d'une grande quantité de sérosité sanguinolente, qui obligea à changer le pansement.

Chute du cordon au neuvième jour. Mort de péritonite au trente-troisième jour après l'opération.

Autopsie. — Le placenta s'insérait sur le fond de l'utérus, l'ovaire et la trompe gauche.

Obs. XVI. — *Grossesse extra-utérine de neuf mois diagnostiquée au huitième jour du faux travail. Laparotomie. Placenta laissé en place. Mère morte d'hémorrhagie et péritonite au vingtième jour. Enfant vivant* (1827). — Mattfeld. *Neue Zeitschrift*, 1827, I, 134; et in thèse de Keller. — La grossesse fut assez pénible, sans que pourtant les douleurs fussent excessives. Le faux travail se manifesta au terme et l'anomalie fut reconnue au huitième jour. On se décida à opérer. Incision de 4 pouces et demi. Le kyste n'était pas adhérent, on fit l'extraction de l'enfant, qui était vivant. Le placenta, assis dans la fosse iliaque, fut laissé en place et la plaie fermée. La malade alla bien jusqu'au sixième jour. A ce moment commença l'élimination de l'arrière-faix; elle se fit d'abord sans accidents, mais peu à peu l'écoulement devint fétide, il y eut une hémorrhagie artérielle, une péritonite infectieuse et la malade mourut au vingtième jour.

Obs. XVII. — *Grossesse extra-utérine de neuf mois. Laparotomie suivie de l'extraction du placenta et de ses membranes* (?). *Enfant et mère vivants* (1836). — Schreger. *Monatch für Geburth.*, XIV, p. 287; et thèse de Keller, Paris 1872. — La grossesse extra-utérine fut reconnue au terme seulement. La grossesse avait été pénible, pourtant il n'y eut pas d'accidents bien sérieux. Les douleurs du terme commencèrent le 24 août et ce ne fut que le 16 septembre qu'on se décida à l'opération. L'enfant vivait toujours. L'incision fut faite sur

la ligne blanche dans une étendue de 19 centim. L'œuf n'avait pas contracté d'adhérences ; on sentait le placenta à droite de l'incision. L'enfant fut extrait vivant et sans difficulté. Le placenta, auquel on n'avait pas voulu toucher, se détacha spontanément quelques minutes plus tard et apparut entre les lèvres de la plaie. Il fut extrait avec ses membranes. La plaie fut réunie par quelques points de suture et l'on mit un appareil de sparadrap destiné à la contention des parois abdominales. Il y eut des accidents inflammatoires au troisième jour, mais ils s'amendèrent rapidement. Il s'écoula beaucoup de sang dans les premiers jours, mais le vingtième jour déjà la malade était hors de tout danger. Elle se remit complètement et l'enfant se développa parfaitement.

OBS. XVIII. — *Grossesse extra-utérine de huit mois et demi avec enfant vivant. Laparotomie. Extirpation partielle du placenta, ligature de la portion restante. Hémorrhagie et péritonite. Mère morte. Enfant vivant.* — HAUFF. *Medicinischen Annalen herausgegeben von Puchelt, Chœlins und Nœgelé* 1842. (Band VIII, S. 439) et in mémoire de LITZMANN. *Archiv. für Gynäkologie*, 1880, XVI, p. 362. — Première grossesse. Au début, crampes violentes ; plus tard bonne santé. Dans la dernière semaine, douleurs plus répétées, paralysies des extrémités inférieures, pouls très rapide, grande faiblesse. Date de la grossesse, trente-cinquième semaine. Gastrotomie au milieu de douleurs horribles et avec tension des muscles abdominaux, fœtus placé en travers. Incision oblique en bas et en dehors, au-dessus de la tête fœtale et étendue de l'ombilic à la crête iliaque ; déchirure avec la main des membranes minces de l'œuf, d'où s'échappe une chope et demie de liquide amniotique clair.

Enfant enlevé avec difficulté, la tête en avant ; section du cordon ombilical. Remise en position de la masse intestinale. Séparation du placenta d'avec l'utérus et le rectum avec les doigts ; de l'intestin et du mésentère au bistouri et au ciseau.

Un bon tiers du placenta est replacé dans la profondeur du bassin et lié aussi bien que possible. Hémorrhagie. Réunion de la plaie jusqu'à l'angle inférieur et introduction à ce niveau d'un plumasseau de charpie huilé.

L'enfant était un garçon vivant, qui mourut au bout de cinquante heures.

L'opérée était très faible, sensation de brûlures au niveau de la plaie, météorisme croissant, vomissements, perte de connaissance, délire. Mort vingt-quatre heures après.

A l'autopsie, on trouva une livre de sang noir coagulé entre les anses intestinales. Il provenait certainement des restes du placenta remis en place et qui s'insérait d'une part sur l'ovaire droit où il avait été lié, et d'autre part sur le côlon ascendant et l'iléon.

OBS. XIX. — *Grossesse gémellaire intra et extra-utérine de neuf mois. Laparotomie. Extraction d'un enfant vivant avec son placenta. Hystérotomie. Extraction du second enfant et de son placenta. Mère morte de septicémie. Enfants vivants.* — E. P. SALE. *American Journal of obstetric.* 1880, article de WILSON. — Une négresse de 22 ans, boiteuse par atrophie de la jambe gauche, disait qu'elle

avait été ensorcelée par un nègre et qu'elle avait dans l'abdomen un grand serpent dont les mouvements lui causaient une douleur atroce. Le Dr Moore l'avait visitée pendant trois semaines quand il appela le Dr Sale le 2 mars. Ils diagnostiquèrent une grossesse extra-utérine.

A cette époque, la femme pesait 115 livres; respiration 37, température 97° F., pouls 135, petit et faible. L'orifice utérin n'était pas dilaté, le col était allongé, l'utérus ne pouvait être délimité que par l'exploration bimanuelle. Elle niait énergiquement tout coït.

Elle présenta des douleurs expulsives pendant quatre semaines et il y avait eu menace de rupture du kyste extra-utérin. Amaigrissement rapide.

Sale opéra le 2 mars. Incision à gauche de la ligne médiane. On tomba sur une tumeur dure et lisse, dont on essaya en vain de déterminer les rapports avec l'utérus en remuant ce dernier par un doigt introduit dans le vagin.

Le kyste fœtal était si mince qu'il fut ouvert du premier coup de couteau. On vit alors le placenta qui fut extrait avec un enfant vivant. Le sac revint alors sur lui-même et découvrit alors l'utérus qu'on fut très étonné de trouver globuleux et gravide.

On l'ouvrit et on put extraire un second enfant vivant avec le placenta. On nettoya l'abdomen, le kyste et l'utérus et l'on sutura. Un drain fut introduit par le col dans la cavité utérine pour faciliter l'écoulement des liquides.

La malade mourut de septicémie à 3 heures de l'après-midi. Les deux enfants étaient vivants et bien portants six semaines après l'opération.

OBS. XX. — *Grossesse tubaire (?) de sept mois et demi avec enfant vivant. Laparotomie latérale. Extirpation du placenta, résection partielle du sac. Mère morte cinq heures après. Enfant mort le lendemain.* — ALFRED MEADOWS (1). *Transaction of the obstetrical society of London*, 1873, p. 309, résumée in travail de LITZMANN. *Archiv. für Gynäkologie*, 1880. — Femme de 23 ans. Première grossesse. Dernières règles en mars 1872. La malade n'est pas affirmative sur l'existence des mouvements fœtaux.

Au début de la grossesse, douleurs et état maladif. Du 26 septembre au 6 octobre, augmentation de douleurs que calme la morphine. Mais bientôt elles augmentent d'intensité et elle est admise à l'hôpital.

Après l'examen, on fait le diagnostic de grossesse extra-utérine. L'enfant semble être en présentation du sommet. Nulle part on n'entend les bruits du cœur. Sur la partie droite de l'abdomen, on entend un souffle doux, synchrone avec les battements cardiaques de la mère. Les douleurs devenant de plus en plus fortes, on décide de pratiquer la laparotomie.

La malade fut chloroformisée et une longue incision divisa les parois abdominales un peu à droite de la ligne médiane, pour éviter ce que l'on croyait être à gauche de l'utérus. L'incision montra qu'il était en effet situé en avant à gauche du kyste fœtal et qu'il était dur et contracté comme dans le travail. Le

(1) Cette observation est désignée dans la statistique de Harris (*The American Journal of the medical sciences*, 1888) sous le nom de John Scott.

kyste était adhérent au côté droit de l'utérus par de fortes adhérences épaisses, tandis qu'à gauche on pouvait passer la main entre lui et la matrice. Les parois kystiques étaient très vasculaires et unies à la paroi abdominale par des adhérences minces et faciles à détruire ; à la suite de cette manœuvre, hémorrhagie abondante qu'on arrêta en liant quelques gros vaisseaux, surtout des veines.

Le sac fut incisé et on put extraire un fœtus vivant bien conformé, ayant l'aspect d'un enfant de 7 mois. Le cordon fut lié et on procéda à l'examen du placenta qui était inséré dans le kyste vers le cul-de-sac de Douglas et à droite. Avec beaucoup de difficulté on l'enleva, mais survint une hémorrhagie considérable. Il est à remarquer toutefois qu'à mesure qu'on détachait le placenta, l'hémorrhagie cessait, soit que ce résultat fût dû au détachement lui-même ou à la syncope qui suivit cette hémorrhagie.

On essaya alors d'extirper le kyste, mais on ne put le faire que partiellement et avec beaucoup de difficulté ; une grande portion fut nécessairement laissée à cause des adhérences intimes avec l'intestin, avec l'utérus et avec les parois pelviennes. La cavité fut nettoyée avec soin ; l'incision abdominale fut suturée suivant la méthode ordinaire et la patiente fut reportée dans son lit où on lui administra des stimulants.

Le shock fut si grand et l'hémorrhagie si considérable qu'elle resta dans le collapsus et mourut cinq heures après l'opération.

L'enfant mourut le lendemain.

A l'autopsie, on ne trouva aucune nouvelle hémorrhagie. La trompe droite avait été enlevée au moment de l'ablation du kyste dont elle semblait faire partie, de telle façon que sa portion restante était très dilatée et que son orifice utérin admettait le passage d'une sonde.

OBS. XXI. — *Grossesse tubaire rompue. Laparotomie. Extraction d'un enfant qui vécut quarante minutes. Blessure du placenta par l'incision du sac. Résection partielle du placenta et du sac. Mort de la mère et de l'enfant.* — HEYWOOD SMITH. *Transactions of obstetrical Society of London.* 1878, p. 5. — M. P..., 42 ans, réglée à 13 ans, est admise à British Lying in Hospital le 22 mai 1877.

Le toucher vaginal montre un utérus remonté, avec l'orifice du col entr'ouvert. La sonde utérine pénètre de 3 pouces et demi. Dans le col on sent une masse du volume d'une tête de fœtus, que l'on sent aussi par le cul-de-sac recto-vaginal.

Le cœur fœtal s'entend à 3 pouces au-dessous et à gauche de l'ombilic ; le thrill placentaire s'entend dans l'hypogastre et à gauche.

Laparotomie le 25 mai. Incision de l'ombilic au pubis. Le sac est jaune verdâtre. En ouvrant le sac, le placenta fut intéressé. On fit alors l'extraction d'un enfant vivant qui mourut au bout de quarante minutes. Liquide amniotique jaune verdâtre. La portion déchirée du placenta fut liée et enlevée. Le sac et le reste du placenta furent laissés. Un drain en verre fut placé dans l'angle inférieur de la plaie. La malade mourut vingt-deux heures après l'opération.

AUTOPSIE. — Il existait une caduque utérine complète, épaisse d'un quart ou

d'un demi-pouce. La trompe droite était étroite et oblitérée. La trompe gauche avait son orifice utérin obturé ; son extrémité externe contenait le placenta, qui paraissait formé par les franges hypertrophiées.

Dans des cas semblables, la question de l'ablation totale de la trompe se pose.

OBS. XXII. — *Grossesse extra-utérine à terme. Laparotomie. Placenta laissé en place. Hémorrhagie secondaire. Mort de la mère et de l'enfant.* — H. GERVIS, *Bristish. med. Journal*, 22 décembre 1877; et in thèse de DESCHAMPS, Paris, 1880. — Une femme de 38 ans, ayant eu huit enfants, a été, depuis ses dernières règles, prise de douleurs et de malaises insolites; ceux-ci reviennent tous les huit jours et s'accompagnent d'hémorrhagie utérine.

Malgré ses accidents, la grossesse suit son cours et de chaque côté de l'utérus, qui est vide, on constate une tumeur. La tumeur gauche, qui s'élève jusqu'au nombril, contient le fœtus et fait percevoir les battements du cœur. Quant à la droite, qui est moins élevée, elle correspond au placenta, ainsi que le démontra plus tard l'autopsie.

Après deux mois d'observation, les douleurs prirent une telle acuité qu'il fallut recourir à l'opération. Après une incision médiane longue de 6 pouces, on trouve un kyste fœtal recouvert en haut par l'épiploon. En bas, on apercevait le fond de l'utérus. Latéralement le sac était adhérent aux parois abdominales et à l'épiploon. Ponction du sac; issue du liquide amniotique qu'on éponge. Le placenta s'insérait à droite à la partie antérieure du sac fœtal, dans la fosse iliaque, et descendait jusque dans le bassin. On agrandit l'incision du sac et on extrait l'enfant, section du cordon.

Une hémorrhagie venant de l'angle inférieur de la plaie près du placenta est arrêtée par deux ligatures. Le sac, après un lavage soigné, est suturé à l'angle inférieur de la plaie et le cordon y est fixé. Drain. Pansement antiseptique.

L'écoulement d'une sérosité sanguinolente devint si fort dans les premières vingt-quatre heures que la malade succomba le deuxième jour. Il y avait eu aussi quelques traces de péritonite.

L'enfant était une fille bien constituée à terme. On eut de la peine à la faire respirer. Elle mourut six heures après.

AUTOPSIE. — La paroi kystique était rompue en plusieurs endroits; le placenta, en voie de décomposition, s'insérait sur l'ovaire droit qui ne fut pas retrouvé ; l'utérus était hypertrophié.

OBS. XXIII (1). — *Grossesse extra-utérine abdominale. Laparatomie à huit mois. Fixation du cordon dans la plaie abdominale; placenta laissé en place. Guérison avec mère et enfant vivant.* — CLAYTON. *Obstetrical Journal. Gazette de Gynécologie*, 1878, II, p. 76. — Mme C..., 26 ans, de bonne santé habituelle, a eu un seul enfant né en mars 1869. Dernières règles pendant la semaine de Noël 1874. Le 3 mars 1875, pendant un effort violent, sensation de déchirement dans le flanc droit, suivie de douleurs et de nausées pendant toute la semaine.

(1) Ce cas est désigné souvent sous le nom de Jessop.

Le 10 mars, étant aux latrines, cette douleur revient beaucoup plus forte et est suivie de gonflement du ventre, de vomissements, de constipation, de rétention d'urine et de fièvre. La patiente reste deux mois au lit.

Le 14 mai, elle perçoit pour la première fois les mouvements du fœtus et constate la présence d'une grosseur sur le côté droit du ventre. A deux ou trois reprises, elle perd un peu de sang par le vagin; de temps en temps, la douleur et les vomissements reparaissent plus violents. M. Clayton ayant découvert la présence du fœtus en dehors de la matrice, demande l'avis de M. S. Hey. Tous deux, après un examen soigné le 13 août, font le diagnostic de grossesse extra-utérine avec enfant vivant et concluent à l'opération. La malade entre à *Leeds General Infirmary.*

Les chirurgiens de l'Infirmary se réunirent pour examiner la malade et constatèrent, à travers les parois abdominales, le siège du fœtus au niveau de l'ombilic, les pieds au niveau du pubis; le cœur fœtal s'entendait parfaitement au-dessus de l'ombilic du côté droit. L'aréole des mamelles était nettement dessinée, les seins développés; l'utérus, mesuré avec la sonde Simpson, marquait 6 centim. 25 et était indépendant d'avec le fœtus abdominal; le souffle placentaire était perceptible. La gastrotomie fut décidée et la malade endormie à minuit et demi.

La vessie vidée, nous fîmes sur la ligne blanche une incision de 15 centim. 5 dont l'ombilic occupait le centre; aussitôt apparurent le dos et le siège de l'enfant couverts d'une couche épaisse d'enduit sébacé; l'épiploon coiffait les épaules du fœtus.

L'enfant fut extrait sans peine et le cordon lié comme après un accouchement ordinaire. Nous pûmes alors voir que la gestation était purement abdominale; nous ne trouvâmes aucune trace de kyste ni de membranes, le fœtus flottait librement dans l'abdomen entre les anses intestinales.

Le placenta recouvrait l'entrée du bassin comme le couvercle d'un pot; en arrière, il paraissait fixé au gros intestin et à la paroi postérieure de l'abdomen; son centre offrait une proéminence arrondie correspondant au fond utérin assez développé. Nous le laissâmes, sans rien changer à ses rapports; nous coupâmes le cordon à 5 centim. de la plaie et nous le fixâmes à l'angle externe de la plaie au moyen du clamp de M. Gough, notre chapelain.

L'occlusion de l'incision fut obtenue au moyen de son point de suture, comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale et le péritoine, et de son point abdominal superficiel. Pansement au lin.

Le fœtus, une fille, était assez gros pour un enfant de huit mois. Sa respiration, qui eut de la peine à s'établir, nous fit craindre pendant une heure et demie environ qu'elle ne pût pas vivre. M. Hey attribua ce fait peut-être à l'éthérisation de la mère (?). On lui donna une nourrice et elle vint bien.

L'opérée fut laissée quatre jours sur la table d'opération, dans la crainte que le transport ne lui fût préjudiciable; puis on la plaça dans une chambre particulière. On lui fit des injections de morphine à des intervalles de plus en plus éloignés jusqu'au 26 septembre, et pendant les premiers jours elle ne prit que de

la glace par la bouche; mais on lui fit prendre des lavements nutritifs dès le lendemain de l'opération.

Le 16 août au matin, elle rendit quelques gaz, et le 18 des matières fécales. Les vomissements diminuèrent graduellement, et le 19, ils n'étaient plus que rares.

Ce même jour le clamp fut enlevé et le cordon gangrené fut fixé à l'extérieur au moyen d'un morceau de sparadrap et d'un fil de chanvre.

Le 18. Le lait commença de gonfler les seins; il se tarit dès le 22. La malade prit alors par la bouche un peu de lait et du gruau.

Le 19. La plaie donna un peu de sang (1 à 10 onces); le 22, cet écoulement prit une odeur qui devint très forte au bout de quelques jours.

Le 24. Frisson violent durant dix minutes et suivi de vomissements.

Dès le 29, le régime fut graduellement renforcé.

Le 4 septembre, le cordon très aminci tombe et est suivi par l'écoulement de 6 à 10 onces de liquide. La plaie est alors entièrement cicatrisée, sauf le point qu'avait occupé le cordon. Pendant la quinzaine suivante, la plaie fournit beaucoup de liquide dont la sortie est précédée de fortes douleurs abdominales. Le 10 septembre, je vis s'écouler un quart de litre d'un liquide très fétide, épais comme de la mélasse.

Il y eut un peu d'œdème de la jambe et du pied droits; le 19 septembre, l'opérée s'assit pour dîner et le 9 octobre, elle fut transportée dans la salle commune.

Le 29, la plaie est guérie, et trois semaines après la malade retourne chez elle; les règles reparaissent un mois après son départ, elles ont été régulières depuis lors.

Obs. XXIV. — *Grossesse interstitielle (?) de sept mois, avec enfant vivant. Laparotomie. Adhérence complète du sac à la paroi. Incision sur l'insertion placentaire. Hémorrhagie. Extraction de l'enfant vivant. Suture en masse du sac et des parois abdominales. Mort de la mère et de l'enfant vingt-quatre heures après.* Fraenkel. — *Archiv. für Gynäkologie,* Band XIV, 1879. — Femme de 34 ans : deux grossesses antérieures normales. Dernières règles le 5 janvier 1878. Douleurs et expulsion d'une caduque en février. Petite tumeur en arrière et à gauche de l'utérus, constatée le 20 avril et faisant faire le diagnostic de grossesse extra-utérine de la trompe gauche. Pour essayer de tuer le fœtus et assurer le diagnostic, ponction par le vagin. Issue de liquide amniotique et péritonite légère consécutive avec rétention d'urine. La femme part en convalescence à la campagne après un séjour de quatorze jours au lit. Fraenkel pensait qu'à ce moment le fœtus était mort et que le sac s'atrophierait peu à peu.

Le 17 avril 1878, nouvelle visite de la malade qui se plaint de douleurs continues l'empêchant de marcher. Frenk appelé en consultation confirme le diagnostic de grossesse extra-utérine et arrive à sentir l'occiput d'un fœtus à terme avec sutures, fontanelles, etc., dans le cul-de-sac postérieur. La malade

d'ailleurs avoue sentir les mouvements de l'enfant depuis deux mois. L'enfant est en présentation du sommet, position postérieure; mais il est impossible d'entendre le cœur fœtal.

L'utérus, très augmenté de volume, remonte jusqu'à l'ombilic et se trouve en antéversion droite, le col est gros, entr'ouvert, et le doigt pénètre jusqu'à l'orifice interne. Suivant les calculs de la malade, la grossesse doit dater de sept mois environ. On décide d'attendre un peu, en gardant la malade au repos, pour pratiquer la laparotomie. Mais à la suite de l'examen, la rupture du sac devient menaçante, il se produit des douleurs intolérables avec vomissements, ballonnement du ventre, etc., si bien que l'on pratique la laparotomie (19 août) dans une chambre basse et sombre.

Incision à trois travers de doigt à gauche de la ligne blanche et parallèle à elle (l'incision sur la ligne blanche aurait conduit entre le sac et l'utérus). A travers le péritoine se voit le sac fœtal, bleuâtre, parcouru parde très gros vaisseaux. A cause des adhérences (péritonite antérieure), on ne pouvait pas songer à séparer le péritoine de la tumeur qui lui était intimement unie. Pendant que les aides écartaient la paroi abdominale, on fendit très rapidement le kyste fœtal avec le péritoine. Cette incision fut allongée par en haut.

Aussitôt un lobe placentaire saignant beaucoup vint se placer entre les lèvres de l'incision; le comprimant avec la main, Fraenkel saisit l'enfant par les pieds et en fait l'extraction. Avec l'enfant vint le cordon et une partie du placenta, en même temps qu'une hémorrhagie considérable se produisait.

Le reste du placenta fut laissé dans le sac. Les parois abdominales et celles du sac sont énergiquement comprimées les unes contre les autres à l'aide des doigts; puis des sutures profondes, avec des fils de soie résistants, comprenant à la fois les parois du kyste et celles de l'abdomen, furent placées. On agit ainsi, trouvant que les parois du kyste étaient trop minces pour supporter la compression avec des tampons d'ouate. C'est aussi pour cette raison qu'on n'osa pas se servir de perchlorure de fer.

L'hémorrhagie s'arrêta bientôt, on laissa à l'angle inférieur de la plaie une ouverture par où passait un drain et les fils qui avaient été placés sur le placenta dans l'intérieur du sac.

Après avoir été pendant une demi-heure dans le collapsus, la malade se relève sous l'influence de piqûres d'éther, puis retombe dans le collapsus et meurt peu de temps après. L'enfant vécut vingt-quatre heures et mourut faute de soins.

Autopsie. — Caillots dans le sac. Utérus hypertrophié adhérent au côté du sac, qui semble formé par une saillie du côté gauche de la matrice; impossible de trouver quoi que ce soit qui puisse ressembler à la trompe gauche ou au pavillon de ce côté. On peut suivre les fibres mêmes de l'utérus qui se continuent sur le kyste.

Obs. XXV. — *Grossesse intra et extra-utérine de neuf mois. Accouchement normal à huit mois d'une fille vivante. Laparotomie à neuf mois. Extraction d'un*

garçon vivant. Placenta laissé en place. Sac suturé à la paroi. Essai d'ablation tardive du placenta. Septicémie. Mort de la mère. — H. P. C. WILSON. *The American Journal of Obstetrics*, 1880. — Mme B..., âgée de 23 ans, a eu trois grossesses à terme. Elle est actuellement enceinte de huit mois et, le 15 avril 1880, elle accouche normalement d'une fille dont le développement répond à huit mois.

La malade prétendait avoir un jumeau, et comme le travail n'apparaissait pas, elle consulta le Dr Chatard qui reconnut une grossesse, mais sans indiquer le lieu de développement.

Le 18 avril, je vis la malade; elle était en excellent état. On l'endormit au bromure d'éthyle et je pus explorer le vagin et l'utérus sans difficulté. La matrice était vide et paraissait normale; on ne pouvait arriver jusqu'à l'angle droit utérin par la palpation abdominale combinée au toucher. Elle était mobile, à parois fermes, excepté l'angle droit, d'où le doigt ramena un morceau de caduque. A la suite de cet examen, on porta le diagnostic de grossesse extra-utérine, ni tubaire, ni interstitielle. L'auscultation faisait entendre les bruits du cœur fœtal; le souffle placentaire ne fut jamais entendu. Je perçus les mouvements de l'enfant, qui flottait dans du liquide. La tumeur était indépendante de l'utérus, le bassin était vide, je conclus à une grossesse abdominale. Je décidai d'attendre le terme (15 mai) et de pratiquer la laparotomie. Pendant les vingt-trois jours qui s'écoulèrent depuis ma visite, il y eut quelques douleurs de faux travail, qui furent calmées par des opiacés.

Le 10 mai, elle entra à Saint-Vincent Hospital, et le 11 je l'opérai.

Chloroformisation par le Dr Gardner. Examen du vagin et de la cavité utérine négatif Une sonde guidée sur ma main introduite dans l'utérus entra par l'angle utérin droit dans une cavité et arriva jusqu'au niveau du foie où l'on pouvait la sentir.

Incision de 6 pouces sur la ligne médiane. Section du péritoine. Pas d'hémorrhagie. Pas de liquide. On tombe sur une tumeur semblable à un kyste de l'ovaire et dans laquelle la palpation faisait percevoir une masse dure et irrégulière qui flottait dedans.

Elle adhérait par quelques points aux parois abdominales. Cet examen, fait doucement, causa cependant la rupture de la poche et l'issue d'un liquide amniotique jaunâtre. On plaça la femme sur le côté droit et il s'écoula environ un demi-gallon de liquide; ceci fait, la malade fut replacée sur le dos et le doigt fut réintroduit dans le sac. Avec un bistouri boutonné, je fendis le sac et tombai sur le dos et les fesses de l'enfant. Il était en présentation complète du siège, dos en avant. L'index de chaque main fut introduit dans une des aisselles de l'enfant, qui fut extrait. C'était un garçon de huit livres, qui respira bientôt à la suite de quelques frictions. Section du cordon entre deux ligatures.

Je passai alors la main dans le sac fœtal; son épaisseur variait d'un sixième à un dixième de pouce. Il adhérait fermement aux parois en avant et à droite, légèrement en avant et à gauche; mais cela suffisait pour empêcher le liquide amniotique de pénétrer dans la cavité abdominale. Il était si mince que je suis

étonné qu'il n'y ait pas eu rupture. En examinant l'intérieur du sac, ma main trouva l'utérus, qui était de forme irrégulière et dont la portion pelvienne était agrandie et imparfaitement contractée. De l'angle droit s'étendait une cavité de deux pouces de diamètre qui remontait vers le flanc droit. C'était évidemment le point par où ma sonde avait pénétré. Le sac était attaché à cette masse. Je doutai un moment pour savoir si c'était une trompe ou l'utérus non contracté; j'acquis bientôt la conviction que c'était ce dernier dont la contraction parfaite avait été gênée par les attaches du sac et du placenta extra-utérin. Les fibres circulaires étaient contractées, les longitudinales ne l'étaient pas.

En suivant le cordon, j'essayai de rechercher l'insertion placentaire ; mais c'était impossible, et je m'arrêtai pour ne pas produire de décollement. Pendant toutes ces manœuvres, je ne pénétrai pas dans la cavité péritonéale. Le cordon fut attiré vers l'angle inférieur de la plaie et le sac fut suturé à la paroi dans les points où il n'était pas adhérent.

Sutures de l'incision abdominale au fil d'argent, excepté à l'angle inférieur. Le sac fut nettoyé à l'eau phéniquée. Pas d'hémorrhagie. Pansement à l'huile phéniquée.

L'enfant fut enveloppé dans de l'ouate et confié à une nourrice ; trois mois après, il se développait normalement.

12 mai. Le placenta semble s'être rapproché de l'orifice.

Le 14. T. 104° F. Pouls 135 ; mauvais aspect ; il est évident que le placenta voulait sortir et qu'il fallait l'enlever pour éviter la mort par septicémie. On enlève les sutures et on essaie d'enlever le placenta. Il est si fermement fixé qu'une hémorrhagie abondante se produit et on est forcé de s'arrêter. Tamponnement qui met fin à l'hémorrhagie.

Le 15. T. 101°,8 F. Pouls, 108. Ballonnement du ventre, vomissements. Le placenta et le sac sont au niveau de l'incision. Le cordon est flétri ; l'épiploon fait saillie au niveau de l'angle supérieur. Mort à 7 heures, quatre-vingt-dix heures après l'opération.

Autopsie. — Pas de péritonite. Sac si uni aux parois abdominales, à droite, qu'on ne peut l'en séparer ; en haut, il adhère à l'épiploon et au côlon transverse, et aussi à l'intestin grêle et au côlon descendant. En bas, les insertions placentaires plongent dans le cul-de-sac de Douglas. Il y avait trois lobes placentaires avec chacun un groupe de vaisseaux spéciaux s'unissant les uns aux autres pour former le cordon. Un des lobes avait six pouces de long, quatre de large, deux d'épaisseur; il était aussi grand que les deux autres; les surfaces d'insertion étaient petites.

Elles se trouvaient sur le fond et sur le côté gauche de l'utérus, sur la trompe de Fallope gauche, un peu sur le ligament large droit, sur le côté gauche de l'excavation et sur la fosse iliaque gauche. Il n'y avait aucune tendance à la séparation, qui se fit difficilement.

La malade mourut de septicémie, mais subitement, à la façon d'une patiente qui a une embolie.

Trois mois après, le garçon extra-utérin était bien portant et se développait bien; la fille intra-utérine mourut à un mois, faute de soins.

Obs. XXVI. — *Grossesse intraligamentaire de neuf mois et demi avec enfant vivant. Laparotomie. Placenta laissé en place. Sac suturé à la paroi. Mère morte de shock le quatrième jour. Enfant vivant.* Lawson Tait (1). *The obstetrical Journal of great Britain and Ireland*, 1880. — Le 23 janvier, je fus demandé par M. Walter Lattey, de Southam, pour visiter avec lui Mme S..., âgée de 33 ans, qu'il soupçonnait atteinte de grossesse extra-utérine.

Elle était mariée depuis quatorze ans, et avait eu six enfants. La dernière époque eut lieu dans les premiers jours de mai 1879, et depuis ce moment, elle avait souffert presque continuellement. Avant le mois de mai, c'était une femme forte, de bonne santé, de bon caractère, mais depuis cette époque elle s'était affaiblie, et son mari nous disait que son caractère et ses manières étaient entièrement changés.

En juillet, violente attaque de douleurs abdominales; après sa guérison, elle s'adressa à un médecin qui la traita pour rétroflexion de l'utérus, et lui mit un pessaire qui augmenta ses douleurs. En octobre, elle acquit la certitude qu'elle était enceinte, et s'adressa de bonne heure, en janvier, à M. Lattey, pour la soigner pendant ses couches.

Au milieu de janvier, les douleurs devinrent beaucoup plus violentes, et quand M. Lattey l'examina il soupçonna la vraie nature du cas et me pria de la visiter.

Je trouvai un abdomen très volumineux, dû sans nul doute à une grossesse. A gauche du nombril, était une masse proéminente plus grosse que le poing, dont le centre était au niveau de l'ombilic. C'était évidemment l'utérus, car on pouvait entendre et sentir les contractions rythmiques. Il était fixé d'une façon certaine à une masse plus volumineuse qui se trouvait derrière lui et s'étendait jusqu'à la crête iliaque droite. Sur tout le devant, on pouvait entendre et presque sentir le souffle placentaire. Au-dessus d'un bourrelet que je considérai comme le bord du placenta, on pouvait sentir les membres de l'enfant et entendre le cœur fœtal.

Le vagin était allongé et on ne pouvait atteindre le col, mais on sentait la tête fœtale dans le cul-de-sac de Douglas repoussé en avant.

Quelques jours après ma visite, la douleur devint insupportable, et la malade consentit à venir à Birmingham pour se faire opérer. Je l'admis à l'hôpital le 29, et ordonnai des stimulants et de l'opium, qui ne la soulagea pas beaucoup.

Le 31, je l'opérais avec le concours et l'assistance de mon collègue, le Dr Sarage. Elle était tellement épuisée que je regrettai de ne pas l'avoir opérée plus tôt, mais comme l'enfant était encore vivant, je n'hésitai pas à opérer.

La sœur du service administra l'éther, je fis l'incision médiane habituelle et arrivai de suite sur l'utérus vide. Le repoussant à gauche, j'ouvris le kyste, qui était dans le ligament large droit, juste au-dessus de l'utérus, et à côté de larges sinus placentaires. J'arrivai de suite sur les pieds de l'enfant, qui fut extrait sans difficulté. J'attachai alors les bords du sac à la paroi, pour laisser

(1) Cet auteur a opéré six autres cas de grossesses ectopiques avec enfant viable, mais les observations n'ont pas été publiées.

une ouverture libre à la sortie du placenta, et je fermai soigneusement la cavité péritonéale.

L'enfant était petit, mais évidemment à terme; il était profondément endormi par l'éther, et pendant plusieurs heures, l'air qu'il expira sentit fortement cette substance. Il se porte bien à présent, trois semaines après sa naissance.

La secousse causée à la mère par cette opération fut si grande que je craignais qu'elle ne s'en remît pas. On peut douter si elle s'en remît jamais car, quoique la mort ne soit survenue que le quatrième jour, elle était si nerveuse et si agitée, et il y avait si peu d'autres causes pour expliquer sa mort, qu'on peut la regarder comme morte de shock prolongé.

Autopsie. — Grossesse intraligamentaire. Il aurait été aussi facile d'enlever l'enfant par l'élytrotomie, mais je ne regrette pas de n'avoir pas continué ma pratique habituelle. Il y avait de larges veines qui recouvraient le kyste dans toutes les directions, et si l'une d'elles avait été lésée, l'issue aurait été immédiatement fatale. L'élytrotomie a un grand désavantage, c'est qu'on ne voit pas ce qu'il faut éviter et qu'on ne peut remédier aux blessures accidentelles que l'on peut faire.

5 août 1880. L'enfant est encore vivant, et est devenu un bel enfant, bien portant et très gentil.

Obs. XXVII. — *Grossesse extra-utérine opérée à terme. Enfant sauvé. Mère morte au troisième jour.* Parvis. Cas cité par Wilson sans indication bibliographique. *American Journal of Obstetrics,* 1880.

Obs. XXVIII. — *Grossesse extra-utérine tubaire de neuf mois et demi avec enfant vivant. Laparotomie, sac suturé à la paroi. Placenta laissé en place. Hémorrhagie secondaire et septicémie. Mort de la mère au seizième jour. Enfant mort un quart d'heure après.* — Litzman. *Archiv. für Gynäkologie,* 1880. — Femme de 29 ans, ayant eu deux grossesses et ses dernières règles à la fin d'avril 1879. Dans le premier mois, métrorrhagie et douleurs abdominales violentes avec rétention d'urine. Les mouvements fœtaux ont été plus faibles que dans la première grossesse. A partir de Noel, indispositions fréquentes avec fièvre (pyélonéphrite).

La grossesse semble arrivée à trente-neuf semaines et demi.

Laparotomie le 10 janvier 1880. — Incision de 15 centim. sur le côté droit de l'abdomen, au niveau du milieu du sac parallèlement à son axe longitudinal. Section des muscles abdominaux relativement minces et ouverture de la cavité abdominale. On tomba alors sur l'épiploon qui fut réséqué en partie.

Le sac placé en avant, non adhérent, avait tout à fait l'aspect d'un utérus gravide dans l'opération césarienne. On passa, au travers de ses parois, quatre points à la soie. Incision du sac sur une longueur égale environ à celle de la plaie abdominale. Un assistant introduit sa main dans le sac et maintient l'angle supérieur appliqué contre les parois abdominales. L'hémorrhagie était peu abondante. Il sortit du liquide amniotique mélangé à du méconium, puis l'épaule gauche apparut. Je sortis le bras gauche de la plaie; la tête, fortement

pressée entre le tronc et l'épaule gauche, avait fait une dépression au niveau de la cage thoracique. Ne pouvant arriver à la bouche de l'enfant, je plaçai la main sur la nuque, au-dessous de l'occiput, et je pus sortir la tête hors de la plaie. Dans cette manœuvre, le sac s'échappa de la main de l'aide qui tenait l'angle supérieur, et, pendant l'extraction du corps de l'enfant, quelques anses intestinales firent hernie au dehors. Rapidement, le sac fut repris, l'intestin fut réduit et maintenu dans la cavité abdominale au moyen d'éponges.

Les fils d'attente qui étaient sur les parois du sac furent alors passés à travers la plaie abdominale.

L'enfant avait déjà fait une courte inspiration avant la section du cordon; les muscles n'étaient pas flasques, cependant les yeux étaient fermés et le cordon battait encore. L'enfant fut placé dans un bain chaud, mais on ne put le rappeler à la vie.

On allait serrer les fils lorsqu'on s'aperçut que l'opérée était presque asphyxiée; elle fut rappelée à elle au moyen de la respiration artificielle et de l'abaissement de la tête.

Pendant ce temps, quelques anses intestinales firent hernie entre les fils. Elles furent réduites après nettoyage. Les fils furent alors noués, et, tout autour du sac, on plaça des sutures secondaires.

Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie dans le sac. Le bord du placenta répondait presque aux lèvres de la plaie; sa membrane était verdâtre. L'intestin fortement distendu pressait les parois du sac l'une contre l'autre, si bien que la paroi postérieure vint faire saillie au niveau de la plaie. Pansement de Lister.

L'opération avait duré deux heures et demie. L'enfant était un garçon de 2,660 gr. et de 48 centim. de long. Il était couvert de méconium, respirait difficilement, et mourut au bout d'un quart d'heure.

La malade va bien jusqu'au douzième jour, où apparaissent des signes de septicémie qui emportèrent la patiente.

Pendant les douze premiers jours, le liquide qui s'écoulait du sac était seulement un peu sanguinolent. Troisième jour, odeur forte. Au treizième jour, pendant le pansement, hémorrhagie abondante venant du sac et arrêtée par le tamponnement. Les jours suivants, écoulement de pus putride et hémorrhagique. Le seizième jour, élimination du placenta sans hémorrhagie; il était absolument putréfié. Mort au seizième jour.

OBS. XXIX. — *Grossesse extra-utérine probablement tubaire. Laparotomie à terme. Placenta laissé en place. Sac suturé à la paroi; tamponnement du sac. Mort de la mère par péritonite. Enfant vivant.* — SCHROEDER (1). *Zeitschrift für Gebürth. und Gynäk*, 1880, Bd. V; et in thèse DESCHAMPS, 1888. — F..., âgée de 33 ans; cinq grossesses normales et une fausse couche. Dernière menstruation, 1er octobre 1878. Dans les deux premiers mois, attaques doulou-

(1) Cette observation publiée, dans un article de Hofmeier, est quelquefois citée sous le nom de cet auteur.

reuses; à la fin de janvier, à la suite d'un examen, évanouissement, faiblesse très grande. Elle se remit lentement.

26 avril 1877. Elle entre à la clinique. Tumeur s'élevant à trois doigts au-dessus de l'ombilic. En haut, on sent la tête de l'enfant, en bas et à droite de petites parties fœtales. Utérus repoussé en avant. La sonde pénètre à 11 centim. A la fin du mois, les mouvements du fœtus deviennent plus vifs, les pulsations fœtales plus rapides (140 pulsations). Dilatation complète du col.

29 juin. Laparotomie. Incision de la paroi abdominale. Le kyste n'est adhérent que dans la partie inférieure. A l'incision du kyste, il s'écoule un jet clair de liquide amniotique qui se mélange à du sang, quand l'incision est prolongée par en haut. On retire un enfant qui se met à crier. Hémorrhagies des plus abondantes. On se dépêche de placer un drain aboutissant au vagin. Tamponnement avec de l'ouate salicylée. Point de suture à l'angle supérieur de la plaie unissant l'ouverture du sac et la paroi abdominale. Arrêt de l'hémorrhagie. Durée de l'opération, vingt-cinq minutes. Poids du fœtus, 2,360 gr. Dès le premier jour, élévation de température (39°). On avait fait de la compression sur le ventre. Le deuxième jour, on enlève les trompes. Hémorrhagie qui s'arrête avec un deuxième tamponnement. Le soir, ballonnement, vomissements, chute du pouls. Mort trente-six heures après l'opération. L'enfant était bien portant au mois de novembre.

A l'AUTOPSIE, kyste fœtal parfaitement fermé et isolé. A la partie antérieure du sac, on trouve le placenta soudé avec la paroi antérieure. La trompe gauche, libre dans sa première partie, se confond ensuite complètement avec le kyste. Une sonde ne pénètre pas dans ce point.

OBS. XXX. — NETZEL. *Hygiea*. Stockholm, 1881, p. 169 (statistique de HARRIS). — Femme de 28 ans, ayant eu trois grossesses, à neuf mois d'une grossesse extra-utérine.

Laparotomie. Le placenta est blessé et donne lieu à une grave hémorrhagie. Mère morte en quarante-huit heures. Enfant mort en quarante-huit heures.

OBS. XXXI. — *Grossesse extra-utérine de sept mois avec enfant vivant. Laparotomie. Extraction du placenta. Suture du sac et drainage vaginal. L'enfant, porteur d'une encéphalocèle, meurt rapidement. Guérison de la mère.* — A. MARTIN. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1881. — Veuve de 39 ans. Accouchement à terme, il y a quinze ans; un avortement, quatre ans plus tard. Depuis le milieu de juin 1881, douleurs, surtout dans la moitié gauche du ventre. Mais la femme, qui voit régulièrement ses règles, nie énergiquement toute possibilité de grossesse. Au-dessus de la symphyse, proémine, hors du petit bassin, une tumeur qui remonte plus haut à gauche et présente, à droite, une masse plus molle et non intimement adhérente à la grosse tumeur. Col utérin appliqué contre la symphyse. En arrière, on sent une tumeur résistante, peu mobile, qui déforme le cul-de-sac de Douglas et descend jusqu'au plancher du bassin. Cette tumeur

adhère intimement à l'utérus qu'elle repousse en haut et en avant. La sonde pénètre de 9 centim. dans l'utérus qu'elle ne peut soulever.

Opération. — La tumeur est rouge foncé ; en haut, se trouvent des adhérences étendues avec une partie de l'intestin grêle. L'utérus est couvert de pseudo-membranes et accolé directement à la tumeur ; il est épais, mou, et d'une couleur bleuâtre. En essayant de libérer la tumeur, l'utérus est sorti de l'abdomen jusqu'au niveau du col. On ne voit pas la vessie. La tumeur est adhérente, en avant et à gauche ; l'utérus rentré permet de constater, dans le Douglas, des adhérences. En avant et à gauche, le ligament large de ce côté se continue insensiblement avec la tumeur, ainsi que la gaine du psoas. On tâche de rompre les adhérences avec l'S iliaque, et alors la surface de la tumeur se déchire un peu et il sort, par cette ouverture, une cuillère à bouche d'un liquide clair, limpide. La tumeur avait une consistance osseuse, ce qui a confirmé le diagnostic. Quand on élargit la petite ouverture, on vit la tête d'un fœtus de 9 mois qui se présentait, l'occiput en avant. Sur la face, on remarque des mouvements musculaires ; l'enfant respire. Sous l'influence de la compression des organes voisins et de la paroi du sac elle-même (pendant ces manœuvres, les intestins étaient sortis et furent recouverts par des compresses humides et chaudes), le corps du fœtus sort peu à peu. Le cordon bat. Quand l'enfant est extrait, les parois du sac reviennent sur elles-mêmes, sans laisser sortir le liquide amniotique. En même temps, de la paroi antérieure épaisse sort du sang noir ; la pince qu'on y a posée ouvre de nouveaux vaisseaux, parce que le tissu épaissi est très friable et saigne beaucoup. Le cordon est coupé et le fœtus enlevé meurt presque aussitôt.

Une inspection minutieuse de la cavité du sac montre que le placenta s'insère sur une grande étendue de la paroi antérieure et que l'hémorrhagie provient de l'insertion placentaire. Le sac se remplit de sang noir jusqu'à ce que trois ligatures profondes, dont deux occupent la moitié inférieure de la hauteur du ligament large et la troisième est située sur le reste jusqu'à la trompe et au delà. Ces trois ligatures occupent le bord de l'utérus, interrompant la communication entre le sac, entre l'utérus et le plancher pelvien. Alors on peut enlever le placenta ; il sort en lambeaux, mais complètement. Le côté fœtal, comme le fœtus lui-même, a l'air d'être couvert par une poussière. Cette extraction s'est faite sans hémorrhagie. Avec une pince, on perfore le fond du sac jusqu'au vagin et on place un drain en T. L'eau phéniquée ne sortant pas bien, on fait une nouvelle perforation et on pose un nouveau drain ; les lavages alors se font bien. Résection du sac et suture du sac ; la portion contiguë à l'utérus est suturée par des points serrés à la soie ; la portion voisine de l'intestin est fermée par un surjet.

La cavité abdominale est nettoyée à l'éponge, et on ne trouve ni sang ni liquide. L'utérus est réduit ; sur sa face, très rouge, se voient quelques petits vaisseaux qui donnent ; on place alors dessus les lambeaux de membranes qui recouvraient le péritoine et l'hémorrhagie s'arrête. Réduction des intestins et suture de la paroi. Durée, une heure et demie. Collapsus modéré. Guérison de la mère.

Le fœtus était un garçon bien développé, avec une volumineuse encéphalocèle à l'occiput. Il pesait 785 gr. (?), le placenta 150.

Le placenta était inséré en partie sur la portion utérine de la trompe qui était perméable, de façon qu'ici on ne trouvait pas d'obstacle dans le chemin que devait suivre l'ovule.

OBS. XXXII. — LAZAREWITCH (1). *Wratch* n° 4, p. 76-79 et n° 6, 1886, *Nouvelles archives d'obst. et gyn.*, 1886, p. 277. — Femme de 27 ans, ayant déjà eu une grossesse à terme avec déchirure du périnée et inflammation consécutive du paramètre. Dernières règles, 24 décembre 1884. En novembre 1886, début du travail avec douleurs atroces. L'examen montre la matrice isolée en avant du sac qui contient le fœtus.

On fait le diagnostic de grossesse extra-utérine à terme, et on pratique la laparotomie. Le 4 novembre, on *tenta l'énucléation de tout l'ovisac* en le décollant, avec la main, du péritoine pariétal et du rectum; mais des adhérences, par trop résistantes au bord droit de la matrice et à la paroi postérieure du bassin, rendirent ce plan inexécutable. L'ovaire droit était de même adhérent et fixé au sac.

On fixe alors le sac à la paroi et on l'ouvre; les parois en étaient très minces; on incisa immédiatement le placenta. Extraction du fœtus asphyxié situé dos en arrière, et ramené à la vie par des bains chauds. Il pèse 2,940 gr., mesure 45 centim.

On attire alors autant que possible le sac avec le cordon et une partie du placenta en dehors de la plaie abdominale, dont le tiers supérieur est fermé par des sutures métalliques. Surjet ininterrompu au catgut de la portion inférieure de la plaie en saisissant les bords du sac qui forme alors l'aspect de l'ouverture d'une bourse. Quatre fils métalliques traversent la plaie abdominale, le sac et le vagin; drain de caoutchouc dans la plaie abdominale.

La plaie se referme très lentement avec suppuration et fièvre jusqu'à 39° et 40°. Hémorrhagies répétées des bords de la plaie; le 16 novembre, apparition des règles, en même temps hémorrhagie peu considérable par la plaie jusqu'au 18, avec température de 40°,7. Le 27, on enlève quelques restes de placenta qui se décollent peu à peu.

Fistule consécutive au niveau du sac qui finit par se fermer.

L'enfant mourut le 25 novembre d'affaiblissement (?)

OBS. XXXIII. — *Grossesse abdominale de sept mois. Laparotomie. Extraction d'un enfant vivant qui mourut. Placenta laissé en place. Cordon fixé à l'angle inférieur de la plaie. Mère morte de septicémie deux mois après l'opération.* — FRANCIS H. CHAMPNEYS. *Transactions of the obstetrical society of London*, 1888, p. 456. — Ellen G..., âgée de 42 ans, entre à Saint-Georges Hospital le

(1) Ce cas est désigné sous le nom de Massalitinow dans les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie.*

13 octobre 1886, pour une tumeur abdominale. Mariée à 19 ans, elle a eu trois enfants, le dernier il y a cinq ans; pas de fausse couche.

Le 27 juin 1886, elle a été prise de douleurs vives dans la fosse iliaque gauche s'irradiant dans tout l'abdomen et aussi dans la fosse iliaque droite. Vomissements, repos au lit; on constate une tumeur dans la fosse iliaque droite.

Les douleurs reparaissent en juillet. Miction difficile.

Pendant tout ce temps, règles très irrégulières et fort diminuées.

Au moment de son entrée, elle était anxieuse et se plaignait de douleurs dans la fosse iliaque gauche. L'abdomen était irrégulièrement distendu; une saillie arrondie se trouvait au-dessus et en dedans du ligament de Poupart droit, et une autre en dedans de l'épine iliaque gauche. A la palpation, la première était partout élastique, excepté au-dessus du pubis, où elle était plus résistante et aussi sur la ligne médiane autour de l'ombilic. La saillie située en dedans de l'épine iliaque gauche était tendue, ovale, remontait sous les fausses côtes et allait au milieu de la distance entre la ligne médiane et l'épine iliaque. Elle contenait le fœtus dont les membres étaient bien développés, et qui était situé parallèlement à l'arcade fémorale. Matité à la percussion excepté dans une zone au-dessus du ligament de Poupart. On entend les bruits du cœur fœtal à un pouce en dedans de l'épine iliaque. Le reste de l'abdomen est sonore.

Le toucher vaginal montre que le col est abaissé et plat, en rapport avec l'extrémité du sacrum; il est mou et entr'ouvert. En avant de lui, saillie arrondie, dense et élastique. La palpation bimanuelle montre qu'il se continue avec la tumeur droite qui paraît être l'utérus gravide, tandis que le kyste fœtal, qui est à gauche, ne peut être saisi. On décida de faire l'opération durant la vie de l'enfant.

La coexistence d'une grossesse extra-utérine avec une grossesse intra-utérine, était très probable. La tumeur, située au-dessus du ligament de Poupart à droite, ressemblait beaucoup plus à un utérus gravide qu'à un utérus simplement augmenté de volume dans une grossesse extra-utérine, et de plus, l'hystéromètre ne pouvait pénétrer.

Laparotomie le 19 octobre, à 9 heures; les instruments avaient été plongés dans la solution phéniquée à 1/20 pendant une demi-heure, les drains et les soies pendant douze heures. Une incision de trois pouces fut faite parallèlement au ligament de Poupart sur la partie la plus proéminente de la tumeur. Les couches furent coupées soigneusement, et deux veines furent liées au catgut fin. Le muscle oblique interne, dont les fibres étaient parallèles à l'incision, fut plutôt dissocié que coupé. La paroi abdominale sectionnée, on arrive sur les fesses du fœtus, la membrane recouvrant immédiatement le fœtus était d'un blanc sale.

En examinant le fœtus, qui était libre dans la cavité abdominale, il y eut hernie d'une partie de l'intestin grêle. Il n'y avait pas de liquide amniotique.

Le fœtus était dans la fosse iliaque gauche, la tête en bas, l'occiput en arrière

et à gauche. On alla à la recherche des pieds, et l'enfant fut extrait vivant.

Le bout fœtal du cordon fut ligaturé, puis coupé; du côté du placenta, on le laissa saigner librement; quelques onces de sang coulèrent, goutte à goutte d'abord, puis plus vite, après avoir fait des pressions sur le cordon. Sur la tête fœtale était un morceau de membrane mince, ayant l'air macéré et, excepté un autre lambeau semblable, on ne trouva pas d'autres membranes.

La main introduite dans le ventre était libre dans la cavité péritonéale; on suivit le cordon à gauche de la ligne médiane jusqu'au bord du bassin. La masse, au-dessus du ligament de Poupart droit, avait l'aspect kystique et ressemblait à l'utérus gravide. On n'explora pas davantage pour ne pas blesser le placenta. Toilette du péritoine à l'éponge, et suture de la partie supérieure de l'incision. A l'angle inférieur est suturé le cordon, et sont placés deux drains du volume du petit doigt. Pansement à l'ouate iodoformée.

L'opération avait duré trois quarts d'heure, et la patiente se portait bien à la fin.

29 octobre. Ablation des drains, chute du cordon.

11 novembre. Métrorrhagie, et le lendemain issue d'une caduque utérine.

Le 19. L'incision est complètement fermée, l'hypogastre est distendu. La tumeur ovale supposée être le placenta est considérablement plus petite. La palpation montre la disparition de la tumeur fœtale; la tumeur située à droite, au-dessus du ligament de Poupart, est plus petite; elle est à un pouce au-dessous de l'ombilic et a une longueur de 3 pouces. Elle est moins élastique et plus dure qu'auparavant, mais au-dessus du pubis il y a une saillie ayant l'apparence d'un kyste à parois minces.

Le 20. La malade va bien, on lui permet de se lever.

Le 21. Fièvre le soir, pouls 144, et douleurs vives dans la région lombaire.

Son état va en s'aggravant, et à partir du 10 décembre elle s'amaigrit, ses forces se perdent, et elle finit par mourir le 7 janvier.

L'enfant paraissait avoir 7 mois et mourut.

AUTOPSIE. — Le placenta formait la masse sentie derrière le pubis. Il était situé dans le sac, et formait une masse arrondie, du volume d'une tête fœtale. Il fut facile à détacher du sac. L'ovaire droit ne fut pas trouvé; on ne put se rendre compte des rapports de la trompe avec le sac.

L'auteur attribue la mort de sa malade non pas à l'opération, mais à l'infection du placenta par les matières intestinales.

OBS. XXXIV. — *Grossesse extra-utérine de neuf mois avec enfant vivant. Laparotomie. Extraction de l'enfant. Placenta laissé en place. Sac adhérent à la paroi. Tamponnement. Mère morte de péritonite. Enfant vivant.* — STADFELDT. *Hospitals Tidende,* 1886, p. 889. — Femme de 29 ans, entrée à l'hôpital le 22 janvier 1886, ayant présenté jadis de l'anémie et des symptômes d'ulcère rond. Elle a eu des troubles de menstruation et ses dernières règles le 1er juin 1885. A cette époque, elle a eu quelques symptômes de péritonite avec rétention

d'urine. On sentait l'utérus au-dessous de la symphyse, ce qui a fait porter le diagnostic de grossesse d'un ou trois mois.

Quelques jours avant son entrée, elle fut prise de fortes douleurs dans le ventre; le même jour, expulsion de la caduque, et le Dr Mayer a diagnostiqué une grossesse extra-utérine.

Actuellement, anémie; albumine dans l'urine. L'abdomen est ballonné; on sent le kyste fœtal; sonorité à la percussion à gauche. L'exploration par le vagin fait sentir le col repoussé à gauche. L'orifice est perméable et on sent le corps utérin également à gauche; dans le fond de la cavité utérine, on sent des membranes flottantes, restes de la caduque. La tumeur siège à droite, où l'on sent le pôle inférieur de l'œuf qui est incisé en partie sur l'utérus. Le fond de cet organe se sent au-dessus de la symphyse, à gauche de la tumeur, et par le toucher rectal on peut sentir les adhérences entre la matrice et le sac. On sentait aussi des pulsations d'artères situées sur le fond du sac. On fit le diagnostic de grossesse extra-utérine de neuf mois avec enfant vivant; le placenta semble inséré au pôle inférieur de la tumeur. Le faux travail faisait supposer une rupture imminente et l'on fit des injections de morphine, ce qui arrêta les douleurs (28 janvier).

Laparotomie, le 29 janvier, sous le chloroforme. Incision de la ligne blanche de l'ombilic à la symphyse. La graisse propéritonéale était très développée. Quand l'incision fut faite, on vit apparaître le sac adhérent au péritoine. Les adhérences étaient tellement fortes qu'on fut obligé de les sectionner, et quand le sac fut ouvert, il sortit du liquide amniotique mélangé avec de la matière sébacée. On fit l'extraction de l'enfant, qui fut remis à un assistant. Le cordon, très œdématié, est lié et sectionné. On lave le sac avec une solution phéniquée à 1 p. 100, chaude, pour prévenir l'hémorrhagie. Le placenta était inséré au fond du bassin et sur le côté gauche de l'utérus. On bourre le sac de gaze iodoformée. Les parois du sac furent suturées aux bords de la plaie au moyen de cinq sutures à la soie et, dans l'angle inférieur de la plaie, on plaça un drain. Pansement iodoformé. Durée, une heure un quart.

Le sac avait tendance à faire hernie par suite de la compression causée par l'intestin. La température était de 37°,9. Dans les jours suivants, ballonnement du ventre, collapsus et mort le 31 janvier, trente-huit heures après l'opération.

L'enfant était très asphyxié, pesait 2,500 gr. Il fut placé dans une couveuse et fut allaité par une nourrice. Il présentait plusieurs déformations, entre autres une subluxation du poignet droit et des tibio-tarsiennes. Ces malformations disparurent en trois mois. Le 17 mai, il pesait 3,090 gr. et se développait normalement.

OBS. XXXV. — *Grossesse tubaire intraligamentaire de huit mois. Laparotomie avec extirpation totale du sac et du placenta. Mère et enfant vivants.* — BREISKY. *Wiener medicinische Presse*, 1887, p. 1650. — Femme de 30 ans, ayant accouché une première fois, il y a six ans, et ayant présenté des accidents péritonitiques consécutifs.

A la fin de février 1887, elle eut pour la deuxième fois ses règles; le 23 mars, on constate tous les symptômes d'une grossesse, et, en avril, apparaissent des douleurs siégeant surtout à droite. En mai, survinrent des douleurs abdominales, et on constata à leur suite une tumeur dont la limite supérieure arrivait au-dessus du bassin, et qui devint fluctuante à la fin de mai. En juillet, apparition des mouvements fœtaux avec apaisement des douleurs.

Breisky fit le diagnostic de grossesse tubaire intraligamentaire. La tumeur remontait à l'ombilic, mais on pouvait néanmoins sentir l'utérus remonté au-dessus du détroit supérieur et en antéversion. Le vagin était dévié à gauche et le petit bassin libre; la tumeur était donc placée sur la paroi droite de l'utérus et on pouvait y palper les parties fœtales et entendre les bruits du cœur.

Opération, le 29 octobre, à huit mois. — Incision de la paroi abdominale. La portion du sac fœtal contiguë à l'utérus fut suturée par quatre points à la paroi et incisée; on en extrait un fœtus vivant, mesurant 45 centim., et pesant 2,470 gr.; il était asphyxié, mais fut rapidement rappelé à la vie.

Les quatre points provisoires furent enlevés, le sac attiré au dehors, et, après l'avoir séparé de l'utérus par une ligature serrée, il fut détaché de celui-ci. En dehors, la séparation n'était que partielle, il y avait là de multiples adhérences intestinales et épiploïques. Enfin, le sac finit par être enlevé avec le placenta. Suture de l'incision abdominale.

L'enfant mourut trois semaines après de phlébite de la veine ombilicale.

La mère guérit en trois semaines et se porte bien depuis.

Le sac présentait des parois musculaires et était en grande partie recouvert par une séreuse. Placenta volumineux.

Obs. XXXVI. — *Grossesse extra-utérine de huit mois. Laparotomie. Extraction d'un enfant vivant. Placenta laissé en place. Sac suturé à la paroi. Tamponnement. Guérison de la mère et de l'enfant.* — John Williams. *Transactions of the obstetrical society of London,* 1887, t. XXIX, p. 482. — Femme de 30 ans, qui fut envoyée à University College Hospital, le 2 février 1885, par le Dr Bartable, à cause de douleurs abdominales considérées comme provenant d'une péritonite à la suite d'une rupture de grossesse tubaire. Bien réglée jusqu'à il y a dix mois, ses époques sont devenues irrégulières depuis. Elle a eu la malaria à la Jamaïque. De retour en Angleterre, le 6 décembre, elle avait eu depuis, à cinq ou six reprises différentes, des crises de douleurs dans la région iliaque droite. Le 22 janvier, elle rendit une caduque. Urine abondante, mais miction et défécation très douloureuses. Nausées.

Elle a été réglée à 13 ans, régulièrement, elle s'est mariée à 27 ans et n'a jamais eu ni enfant ni fausse couche. Il y a cinq ans, elle a eu un abcès dans le thorax et a rendu une grande quantité de pus pendant six semaines.

A son entrée, la malade était anémiée et fatiguée. Pouls, 88; température, 99° F. Elle ne présentait aucun signe certain de grossesse. L'abdomen était un peu distendu, surtout au niveau de l'hypogastre. On y sentait vraisemblablement l'utérus augmenté de volume. Il y avait de la sonorité partout, sauf trois doigts au-dessus du pubis dans la région inguinale droite.

Il y avait de petites métrorrhagies; le col était au centre du bassin; il était large, allongé, ramolli, mobile. L'orifice était entr'ouvert sans fissure. Le corps était en antéversion et un peu augmenté, mais son volume est difficile à apprécier. Moins mobile que normalement. Aucune tumeur dans le bassin, mais on sentait dans le côté droit un empâtement qui se continuait avec l'utérus dévié à droite. En février, violente attaque de douleurs dans le côté gauche.

9 février. La tumeur était beaucoup plus large, surtout à gauche; son bord supérieur dépassait l'ombilic; elle était très tendue. Vulve violacée.

Le 23. La tumeur s'est développée; le côté gauche est évidemment recouvert par les anses intestinales. A droite de la ligne médiane, proéminant de trois travers de doigt, se trouve une tumeur qui paraît être l'utérus augmenté de volume.

La tumeur continue à se développer sans qu'à la fin de mars on ait encore pu percevoir ni bruit cardiaque, ni mouvements fœtaux.

11 mai. La malade est prise de douleurs fort vives avec fièvre et gêne respiratoire; tout examen est impossible.

Le 27. La tumeur arrive à un doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde et remonte à 4 pouces au-dessus du pubis. Une saillie située au-dessous de l'ombilic, dans le côté droit, remonte à 5 pouces au-dessus du pubis et a les mêmes dimensions transversalement. Elle est fluctuante et est évidemment le placenta, bien qu'on ne puisse entendre aucun bruit à ce niveau. Le fœtus est placé obliquement dans l'hypochondre gauche et l'hypogastre droit.

En juin, nouvelles douleurs avec vomissements.

6 juin. La saillie qu'on suppose être le placenta est large et a la forme d'une rate. Elle est élastique et fluctuante; il n'y a pas de thrill. Le bord supérieur va vers la ligne médiane jusqu'à la limite inférieure de l'omblilic, et, à droite, il arrive à la ligne mamelonnaire. En bas et à droite, il va jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure et, à gauche, va à la ligne médiane. On n'entend aucun souffle, mais parfois on sent de légers mouvements fœtaux. Les bruits du cœur sont distincts et très perceptibles sur la ligne médiane, à 2 pouces et demi au-dessus de l'ombilic (108 par minute).

On décide d'opérer sans retard (6 juin). La malade est endormie à l'éther et on fait une incision de 5 pouces, remontant à l'ombilic. La paroi abdominale incisée, on voit le kyste recouvert par l'épiploon. Celui-ci est relevé et le sac est ouvert. La main y est introduite et extrait l'enfant par les pieds.

Un examen soigneux du sac, après l'extraction du fœtus, montra que c'était bien le placenta qui formait la saillie signalée plus haut. Le cordon s'insérait sur la portion gauche, deux ou trois pouces au-dessous de l'ombilic. Le sac fut suturé aux bords de l'incision; le cordon, coupé à un pouce et demi de l'incision, y fut fixé sans ligature. Un tube à drainage fut introduit et la plaie suturée L'opération fut faite antiseptiquement. Pansement.

Le placenta était détaché le 24 juin, et commença à s'éliminer le 26. Des portions furent enlevées au moyen de pinces, le 26 juin et le 3 juillet. Le reste fut éliminé le 14 juillet, la malade sortit le 14 août.

L'enfant avait un peu de déformation, suite des pressions.

Obs. XXXVII. — *Grossesse extra-utérine de huit mois et demi. Laparotomie. Incision du sac tombant sur le placenta. Extraction d'un enfant vivant. Résection de la plus grande partie du sac comprenant l'insertion placentaire. Guérison de la mère et de l'enfant.* — Hector Treub. In *Zeitschrift für Geburstshülfe und gynäkologie*, 1888, XV, p. 384. — Femme de 34 ans, accouchée normalement quatorze ans auparavant et depuis bien portante et bien réglée. Dernière menstruation au commencement d'octobre. Consécutivement douleurs abdominales revenant par crises, et deux mois et demi après la cessation des règles, expulsion par le vagin de lambeaux membraneux mélangés de sang. On reconnaît des débris de caduque. Le ventre continue à se développer et en même temps surviennent des poussées de péritonite. En avril, on constate l'existence d'une tumeur abdominale, remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, dans laquelle on entend les bruits du cœur fœtal et un souffle utérin interne.

Opération le 29 mai, deux ou trois semaines avant le terme de la grossesse.

Incision sur la ligne blanche, allant de l'ombilic à 2 ou 3 centim. de la symphyse. Quand l'incision fut arrivée au péritoine, elle fut prolongée en haut en contournant l'ombilic à gauche. Ouverture du péritoine sur toute la longueur de l'incision cutanée.

Ceci fait, on aperçoit la surface du sac fœtal d'un bleu sombre, sur laquelle serpentent de nombreux rameaux volumineux. Le sac, fort mince, était uni au péritoine par des adhérences vasculaires. Le placenta était situé en avant. Par une incision pratiquée sur toute la hauteur et qui donnait beaucoup de sang, le placenta fut perforé avec la main ; il s'en écoula une petite quantité de liquide amniotique. L'enfant fut rapidement extrait par les pieds ; le cordon fut lié et sectionné. Pendant ce temps, l'hémorrhagie fut arrêtée par la compression pratiquée avec la main sur les deux lèvres de l'incision placentaire, d'un côté par l'opérateur, de l'autre par l'aide.

Une inspection soignée me démontra qu'il était possible de séparer la portion placentaire du sac de ses adhérences avec le péritoine pariétal et de le réséquer au ciseau. Sur le bord gauche de l'incision, saignaient quelques gros vaisseaux qu'on pinça avec des pinces de Péan.

Le sac fœtal était uni à droite et à gauche avec le péritoine pariétal par des adhérences si solides qu'elles formaient une véritable couverture lisse. Sur la ligne médiane, exactement au-dessus de la symphyse, les adhérences étaient beaucoup moins fortes.

On réséqua une partie du sac jusqu'au point où furent trouvées des adhérences avec l'intestin. La cavité péritonéale, où avait été fort peu de sang, fut rapidement nettoyée, l'intestin iodoformé et les bords du sac cousus à la plaie abdominale. Une membrane fut retirée du sac, puis toute la cavité fut iodoformée et on y plaça un drainage de Mickulicz.

Pansement de la plaie abdominale ouaté et compression.

La malade eut consécutivement quelques douleurs abdominales et présenta de la température à plusieurs reprises. Au huitième jour, les sutures furent enle-

vées. Au quinzième jour, la patiente était apyrétique. Trois mois après elle était tout à fait guérie, mais avait une petite fistulette granuleuse.

L'enfant, qui à sa naissance pesait 2,065 gr. et avait 46 centim. de long, se développa d'abord lentement, puis d'une façon normale.

L'auteur a reçu une lettre un an après, dans laquelle la malade lui annonçait sa guérison complète ; les règles sont régulières. A la lettre était jointe une photographie de l'enfant qui était un superbe bébé.

Obs. XXXVIII. — *Grossesse intraligamentaire de huit mois. Laparotomie. Extraction d'un enfant vivant. Ablation du sac et du placenta. Mère guérie. Enfant vivant.* — Joseph Eastmann. *The American Journal of Obstetrics*, 1888, p. 929. — Mme C..., âgée de 39 ans, a eu un enfant il y a dix-neuf ans. Elle se plaint de souffrir de violentes douleurs et d'une rapide augmentation de volume du ventre depuis que ses règles ont cessé, à la Noël.

Elle est admise à ma clinique particulière le 9 juillet et est opérée le 10.

L'inspection et la palpation abdominale montrent une tumeur étendue au-dessus du pubis et remontant à droite jusqu'au foie. Le toucher et la palpation combinés montrent un utérus normal comme volume et situé entre la tumeur et la symphyse. Couche de graisse de trois doigts entre la peau et la tumeur ; seins non modifiés.

Je n'ai pu entendre les bruits du cœur fœtal.

L'incision abdominale montra une grossesse extra-utérine de la variété tubaire. La trompe s'était développée dans l'intérieur du ligament large droit. Le sac contenant l'enfant était rouge foncé et se déchirait facilement sous les mors des pinces. Le placenta était presque inséré au-dessous de l'incision abdominale, je pus ouvrir le sac et extraire l'enfant sans intéresser son tissu.

Ces manipulations amenèrent une hémorrhagie du sac. Je me déterminai à enlever d'un coup le sac et le placenta. Je séparai des adhérences intestinales épiploïques, et je fus obligé de me servir de pinces hémostatiques, de faire cinq ligatures avant de réussir à tenir la trompe avec mes doigts.

Pendant cette manœuvre, il se produisit une hémorrhagie sur les bords du placenta et de la trompe. J'appliquai mon clamp sur le sac au-dessous de mes doigts, ce qui arrêta l'hémorrhagie ; je coupai au-dessus du clamp et, me servant de soie n° 14, je traversai le pédicule et fis des sutures en chaîne.

Je lavai la cavité péritonéale avec de l'eau pure à 105° F. trois fois, plaçai un tube en drainage en verre, fermai la cavité abdominale au catgut et, à ma grande satisfaction, je constatai que la malade n'eut presque pas de shock. Sa plus haute température fut 102° F.

Purgatif le troisième jour. Tube enlevé le cinquième. Elle est actuellement en convalescence avec pouls et température normaux.

L'enfant est bien et se développe normalement. J'ai beaucoup d'obligation au Dr Pattison et à la fidèle nourrice, la demoiselle Prough, pour leur assistance efficace à l'opération, et au Dr Bainhill pour son éthérisation irréprochable. L'examen montra que l'enfant était au huitième mois et qu'il n'y avait pas eu rupture de la trompe.

Obs. XXXIX. — *Grossesse extra-utérine de huit mois et demi. Laparotomie. Extraction d'un enfant vivant. Ablation du placenta et ligatures sur son insertion. Sac adhérent à la paroi. Hémorrhagie, tamponnement. Mort de la mère. Enfant vivant.* — Egon von Braun-Fernwald. *Archiv. für Gynäkologie*, 1890, p. 286. — Femme de 31 ans, ayant eu deux grossesses, dont une fausse couche. Malade depuis sept mois, elle est entrée à deux reprises à l'hôpital, où l'on a fait le diagnostic de métrite avec paramétrite. Les règles se sont arrêtées il y a cinq mois; douleurs dans le ventre.

Actuellement, elle sent l'enfant; ventre à grand diamètre transversal, augmenté de volume. A l'épigastre et à gauche, sonorité se continuant jusqu'à l'ombilic. A la palpation, on sent à travers la paroi abdominale plusieurs parties fœtales. Au niveau de la zone sonore gauche, on sent un sillon profond. Dans les deux côtés, se sentent de grosses parties, et au milieu les petites parties. L'hypogastre est sensible. Le cœur fœtal s'entend au-dessus, à gauche et en dehors de l'ombilic. La vessie n'est pas très augmentée. L'appendice xyphoïde est à 12 centim. 1/2 de l'ombilic, et celui-ci est à 17 1/2 de la symphyse, la circonférence du ventre à l'ombilic est de 86 1/2.

Le col est abaissé, allongé, ramolli; l'orifice externe admet le doigt, l'interne est fermé. Le Douglas est sensible à la pression. Le 9 octobre, examen sous le chloroforme, on fait le diagnostic de grossesse extra-utérine. Au-dessus de l'utérus, déplacé à gauche et mesurant 8 centim., se trouve une tumeur élastique qu'on prend pour le placenta.

Laparotomie le 12 octobre 1888. Le ventre ouvert, le diagnostic s'affirme. Le sac fœtal est fixé à la paroi abdominale, de sorte que la cavité péritonéale n'est pas ouverte. L'enfant est extrait vivant. Le placenta décollé et des ligatures sont posées sur son insertion. Drainage du sac à la gaze iodoformée. La femme a perdu beaucoup de sang. Elle meurt après l'opération. L'enfant pèse 2,380 gr. et mesure 43 centim.

L'autopsie montra que le sac qui contenait du liquide sanguinolent remplissait l'excavation pelvienne et montait à droite jusqu'à l'angle du côlon, et à gauche jusqu'à l'ombilic. En bas, il recouvrait la face postérieure de la vessie et tous les organes du petit bassin qui sont abaissés au delà du détroit supérieur, et adhèrent intimement aux parois. Les parois du sac sont épaissies de 2 millim., mais il est tellement adhérent aux parties voisines, qu'il n'en peut être séparé que par le bistouri.

Obs. XL. — *Grossesse extra-utérine de neuf mois, avec rupture du sac et issue du fœtus vivant dans la cavité péritonéale. Laparotomie primaire. Ligature du ligament large. Extirpation du placenta. Hystérectomie avec pédicule externe, et drainage du reste du sac. Guérison de la mère. Enfant meurt au bout de douze heures.* — Egon von Braun-Fernwald. *Loc. cit.* — O. A..., était toujours bien portante et a eu deux couches. Au début de mai 1888, dernières règles; à la fin de juin, péritonite avec hémorrhagie légère. A la fin de septembre, chute

sur le ventre, et depuis ce temps douleurs abdominales permanentes qui, depuis trois semaines, ont pris le caractère expulsif.

Entrée à l'hôpital le 11 février 1889. Pendant toute la durée de la grossesse, vomissements fréquents. Elle sent remuer le fœtus depuis la fin de septembre. Amaigrissement, anorexie, constipation depuis trois mois.

Actuellement, ventre volumineux, ballonné à tel point que l'ombilic a disparu, et la circonférence est de 1 mètre. Partout on sent une fluctuation nette. On sent au niveau de l'ombilic une tumeur dure, mobile, du volume d'une noix de coco. Au-dessus de la symphyse à droite, les petites parties plus molles, et dans l'hypochondre gauche, une grosse extrémité. Les mouvements fœtaux sont perceptibles, et dans l'hypochondre gauche, on entend les battements cardiaques. A la percussion, matité limitée par une ligne transversale joignant les onzièmes côtes, légèrement convexe en bas. L'hypochondre donne un son tympanique. L'utérus a 12 centim. On ne sent pas le fond de l'utérus. Il se trouve au milieu et en arrière; dans le cul-de-sac vaginal antérieur à droite, on arrive sur une saillie molle, probablement l'insertion placentaire.

La malade entra à l'hôpital dans la nuit du 10 au 11 février 1889, et fut opérée le 11 février à midi. On avait posé le diagnostic de grossesse extra-utérine avec rupture du sac et issue du fœtus; c'était le liquide amniotique qui avait produit les symptômes d'ascite. Incision sur la ligne blanche, sur une longueur de 12 centim. Ouverture du péritoine, donnant issue à du liquide clair jaunâtre. La main introduite trouve le fœtus en présentation du siège. On en fait l'extraction. On constate que c'est une fille qui était couverte de caillots adhérents au corps et mélangés avec ses cheveux. L'enfant était asphyxiée, mais commença bientôt à crier.

Dans la cavité abdominale, on est étonné de trouver le péritoine pariétal avec son aspect normal, l'intestin seul est recouvert d'un exsudat mince. On nettoie la cavité péritonéale, et on peut alors voir la direction du cordon. Il entre par une ouverture de 8 à 10 centim. de diamètre dans le sac fœtal rupturé, et vient s'insérer sur le bord gauche et antérieur du placenta. Ce dernier s'insère sur la surface dorsale de l'utérus et sur le ligament large droit, puis file en arrière dans le Douglas, et semble adhérer intimement au côlon descendant. On essaie de rompre ces adhérences après une ligature double, mais on opère dans le tissu placentaire lui-même, ce qui donne une très forte hémorrhagie. On fait alors une ligature en chaîne du ligament large droit, et on décolle le placenta sans hémorrhagie. L'utérus, gros comme une tête de fœtus, apparaît alors; on ne peut pas enlever les parties placentaires qui s'insèrent dans le Douglas, et qui adhèrent intimement au péritoine. On nettoie la cavité et on suture les bords du sac au péritoine pariétal. Il en résulte une cavité conique tout à fait séparée de la cavité abdominale, et qui contient l'utérus en partie séparé des ligaments larges.

Au-dessus de la symphyse, au niveau de la vessie, le péritoine pariétal est suturé au péritoine utérin et la plaie abdominale est fermée. L'utérus attiré au dehors est retenu par une broche, et autour du col on place un lien élastique. Le

corps utérin est enlevé et la surface de section est brûlée au thermocautère. La cavité utérine paraît très large et est revêtue par une caduque de un quart de centimètre en voie de décollement. Le péritoine pariétal est suturé à 1 centim. en dehors du pédicule, et par l'ouverture on place une mèche de gaze iodoformée épaisse d'un doigt, longue de 10 centim., qui plonge jusque dans le Douglas. L'opération a duré une heure et demie, on fait quatre injections sous-cutanées d'éther sulfurique, et on injecte 200 gr. de solution de chlorure de sodium à 6 p. 100.

L'enfant pèse 3,100 gr., est long de 51 centim.; quoiqu'il parût bien portant et criât avec force, il mourut au bout de douze heures. Son autopsie montra une bronchite capillaire, une pneumonie lobulaire double produite par l'aspiration du liquide amniotique mélangé avec la fibrine.

Au quatrième jour, on change le pansement, la gaze iodoformée est imbibée d'un liquide séro-sanguinolent. Pas de fièvre.

Au dixième jour, on raccourcit le pédicule et on enlève une partie des fils.

Au quinzième jour, on enlève le reste du pédicule et le reste des fils. Guérison par première intention.

La cavité se combla lentement par granulation.

La malade sortit le 13 avril 1889, complètement guérie. Son état actuel est excellent.

Obs. XLI. — *Grossesse intraligamentaire de huit mois. Rupture. Septicémie. Laparotomie. Suture du sac à la paroi. Placenta laissé en place. Enfant mort vingt-quatre heures après. Mère morte de septicémie.* — F. Spaeth. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynakologie*, Bd. XVI, 1890. — Femme B..., âgée de 24 ans, née à Hambourg. Mariée depuis cinq ans, règles régulières, pas de fausse couche. Il y a six ans, couche normale d'un enfant à terme, mort depuis.

Du 25 au 30 octobre 1886, dernière règles. Le 25 décembre, elle voulut sortir, mais fut prise aussitôt de coliques fort vives du côté gauche qui la forcèrent à garder le lit. Du 1er au 5 janvier 1887, pertes de sang abondantes sans membranes ni caillots, s'arrêtant seules. En avril, elle perçoit les mouvements de l'enfant. Jusqu'au 22 mai, bon état de santé.

Ce jour-là, elle est prise de douleurs fort vives dans le côté gauche de l'abdomen qui se produisent à différentes reprises et s'accompagnent de température (38°,8 le soir).

En juin, les douleurs étant de plus en plus vives, la malade se fait admettre à la clinique (20 juin 1887).

Les seins montraient les modifications de la grossesse. Pouls à 116. Ligne blanche sans pigment. Abdomen très ballonné. Les mouvements fœtaux étaient perceptibles à la vue et au palper; au niveau de l'épigastre se sentait un pied; la tête était en bas. Matité sur tout l'abdomen, remontant sous le foie et changeant de forme par suite des mouvements de l'enfant.

L'orifice du col était fortement attiré en haut, en arrière et à gauche. Le

côté droit du bassin était rempli par une tumeur élastique proéminant dans la cavité de Douglas. Placenta non perceptible. L'orifice du col est entr'ouvert et l'utérus, déplacé à droite, a le volume d'une matrice de quatre mois. Il est vide et mesure 13 centimètres.

Teinte ictérique de la peau et des conjonctives ; aspect de la langue fendillé, fièvre chaque soir ; pendant les quelques jours d'observation clinique, la malade dépérit rapidement et le pouls devient de plus en plus mauvais.

On fait le diagnostic de rupture d'une grossesse extra-utérine intraligamentaire, septicémie.

Laparotomie, le 26 juin 1887. Incision de 20 centim., située à 5 centim. de la ligne blanche. Séreuse peu adhérente au sac fœtal. Fausses membranes épaisses en avant, grêles en arrière, recouvrant les anses intestinales. Liquide amniotique fétide, légèrement jaunâtre. Un fœtus de 44 centim., pesant 2100 gr., placé transversalement, recouvert par un sac péritonéal, de nouvelle formation, est facilement enlevé. Le cordon s'engage vers la gauche, en arrière, à travers un étroit orifice, dans un sac fœtal, du volume d'une tête de fœtus, remplissant la fosse iliaque et accolé à l'utérus. Il se prolonge si loin, en bas et en arrière, du côté du coccyx, qu'on ne peut songer à l'enlever, par crainte de l'hémorrhagie ou d'une blessure de l'intestin. Suivant le procédé de Freund, on le tamponne et on le suture à la paroi. L'angle supérieur de l'incision est suturé, tandis que l'inférieur, donnant accès dans le sac, est saupoudré avec un mélange d'acide salicylique et de tannin. Hémorrhagie très légère.

L'enfant présente une dépression de l'os iliaque, une paralysie faciale et des pieds varus équins. Il est presque asphyxié, mais revient après quelques soins; on le met dans une couveuse improvisée, mais il meurt vingt-quatre heures après.

La mère meurt le 27 juin, avec des symptômes de septicémie. Autopsie.

OBS. XLII. — *Grossesse extra-utérine abdominale à terme. Laparotomie. Extraction d'un enfant vivant avec des malformations. Placenta laissé en place. Accidents septicémiques ; deuxième laparotomie. Ablation du placenta. Guérison. L'enfant meurt après le cinquième mois.* — TAYLOR. *Transactions of the obstetrical Society of London,* avril 1891, p. 115. — La femme W... est mère de trois enfants, le dernier a 11 ans. Le Dr Lycet fut consulté pour des douleurs abdominales consécutives à une suppression des règles (décembre 1889). A l'examen, le col était mou et, sur le côté de l'utérus, on sentait une tumeur mobile du volume d'une pomme. Je pensai à une grossesse tubaire. A la fin de décembre, la tumeur avait beaucoup augmenté; il y avait eu, en même temps, métrorrhagie.

Le 21 juin 1890, je vis la malade à l'hôpital et observai ce qui suit :

Toujours bien réglée jusqu'en octobre 1889, elle ne vit pas son époque normale ; il y eut ensuite une métrorrhagie pour laquelle le Dr Lycet la soigna. Douleurs abdominales devenues plus vives ces temps derniers.

A l'examen, l'abdomen est augmenté de volume, presque exclusivement à

gauche. La palpation permit de sentir un fœtus à terme, en présentation du sommet. Sur le thorax de l'enfant, on peut entendre distinctement les battements du cœur fœtal. A droite de la tête du fœtus, et en bas, grosse masse globulaire qui est probablement le placenta. Par le vagin, le col est ouvert, la cavité mesure 2 pouces et demi. On sent la tête derrière l'utérus. La patiente se plaint de vives douleurs abdominales, mais son état général est néanmoins satisfaisant. On conclut que la grossesse était à terme, qu'elle avait été d'abord tubaire, puis qu'elle était devenue intraligamentaire, ce que l'opération démontra être faux.

Quoique la position du fœtus fût latérale, on pouvait facilement l'amener sur la ligne médiane, et ce ne fut que sous le chloroforme qu'on put juger de la grande mobilité du fœtus.

Le 24 juin, ouverture de l'abdomen. L'incision gauche latérale sur le bord externe du muscle droit fut faite sur la tête de l'enfant et ouvrit dans toute son étendue la cavité péritonéale. Il n'y avait aucune adhérence, et la tête du fœtus était recouverte d'une substance épaisse, rouge, ressemblant à de la chair. C'était le grand épiploon altéré. A son bord et adhérent, se trouvait une pellicule très mince, couvrant le reste de la tête et à travers laquelle on voyait fort bien le cuir chevelu.

Rien qu'en y touchant, elle se sépara de l'épiploon, et après avoir agrandi l'incision latéralement, on put faire, par pression, sortir l'enfant de l'abdomen. Le cordon ombilical fut coupé entre deux ligatures, et un enfant vivant et vigoureux fut séparé de la mère. La cavité abdominale fut examinée. Il n'y avait pas de sac et l'enfant était libre dans la cavité péritonéale, mais il était recouvert par l'épiploon, avec quelques adhérences intestinales. Il n'y avait ni amnios, ni liquide amniotique. L'enfant était recouvert d'un enduit sébacé. Le placenta était inséré sur le bassin, le bord à droite de la ligne médiane, exactement dans la position qu'on avait diagnostiquée.

Quelques adhérences vasculaires du cordon empêchèrent de le tirer complètement, il reparait dans l'angle inférieur de la plaie. Le reste de l'incision fut suturé. Un drain en verre fut placé le long du cordon dans l'angle inférieur.

Le résultat immédiat fut satisfaisant, mais le lendemain il y avait de la fluctuation dans le côté droit de l'abdomen, autour du placenta. Le septième jour, la température vespérale était de 101° F.; le huitième, de 101°,6, et le onzième, de 102°. La plaie était guérie, mais le siège du placenta était douloureux et causait certaine des douleurs.

Le matin du douzième jour (5 juillet) on rouvrit l'incision avec le doigt; il n'y avait pas d'adhérence sous cette incision, et la cavité péritonéale fut ouverte. Il y avait des adhérences récentes entre la paroi antérieure et la surface placentaire. Il fallut les séparer avant de pouvoir enlever le délivre. Le cordon qui était encore vivant adhérait à l'incision; le placenta, au niveau de l'insertion du cordon, commençait à se putréfier. Il n'y avait pas de pus, mais la surface était décolorée et l'odeur infecte. Le placenta, qui n'avait pas diminué de volume, fut rapidement séparé des viscères auxquels il était attaché et aussitôt

il se produisit une hémorrhagie très inquiétante. Une grosse éponge trempée dans une solution de perchlorure de fer remplaça immédiatement le délivre, et par-dessus, on fit un tamponnement à l'éponge. Par ce moyen, l'hémorrhagie fut arrêtée et la cavité péritonéale nettoyée. On passa les fils, puis on enleva le tamponnement; l'hémorrhagie reparut aussi abondante. On posa une ligature sur une large place de l'insertion placentaire dont la nature ne put être déterminée. On recommença le lavage au perchlorure étendu d'eau, un drain de verre fut placé et les sutures serrées. Pansement.

Pendant qu'on liait les sutures, il y eut hernie de l'intestin. Il y eut peu de collapsus combattu par les moyens ordinaires avec succès. Le lendemain, la malade était très améliorée. La convalescence dura six semaines, et fut entrecoupée par trois poussées fébriles. Elle quitte l'hôpital le 4 octobre.

L'enfant était une fille bien développée, pesant plus de sept livres. La tête était allongée dans le diamètre occipito-frontal, et, vue de face, elle semblait être irrégulièrement déprimée : le côté gauche était convexe et le droit concave. La partie postérieure du pariétal droit formait une bosse. Le diamètre sub-occipito-vertical était plus profond de ce côté qu'à gauche. Au devant du sterno-mastoïdien droit, le cou et le larynx étaient aussi déprimés, ce qui produisit une gêne respiratoire pendant plusieurs semaines. Le pied droit était plat. La jambe droite ne pouvait pas se fléchir en arrière, à cause de la saillie prononcée des condyles. Au contraire, en avant, on pouvait l'amener à angle droit sur la cuisse.

Le Dr Lycet écrit quatre mois après que la forme de la tête se modifie, que l'enfant est intelligent. On a mis à la jambe droite un appareil qui a guéri la déformation du pied et permet de guérir aussi le genou. Si cet enfant vit, il promet de se bien porter.

Le 10 novembre 1890, l'enfant et la mère se portent bien.

Depuis sa communication, le 12 novembre, M. Taylor écrit que l'enfant est mort subitement de convulsions; la mère se porte bien.

OBS. XLIII. — *Grossesse de huit mois et demi. Laparotomie. Suture du sac à la paroi. Placenta laissé en place. Tamponnement du sac. Éclampsie. Manie puerpérale; embolies pulmonaires. Élimination spontanée du placenta au trente-quatrième jour. Guérison de la mère. Enfant extrait vivant, mort une heure et demie après. Déformation du crâne et de la face.* — OLSHAUSEN. *Deutsche medicinische Wochenschrift,* 1890, p. 171 (cas V). — La femme M..., âgée de 32 ans, a eu quatre grossesses, la dernière il y a trois ans. Dernières règles le 7 juin 1888; la conception doit avoir eu lieu du 16 au 23 juin. Le 24 août, pendant un voyage, la malade est prise de collapsus. On pense à une hémorrhagie et on se préparait à faire une laparotomie lorsqu'une amélioration se produisit. Mais trois semaines après (12 septembre), nouvelle crise de douleurs et de collapsus qui passa rapidement.

L'abdomen contient une tumeur rappelant un utérus gravide de quatre mois. Elle siège dans les deux tiers gauches du ventre; sa consistance et sa forme rappellent une grossesse extra-utérine, mais on ne sent pas de parties fœtales.

La tumeur est peu en rapport avec la paroi abdominale et ne fait qu'une légère saillie dans le petit bassin. A droite et en avant, on sent facilement l'utérus augmenté de volume. La corne gauche et le fond sont difficiles à atteindre et paraissent unis à la tumeur. La trompe et l'ovaire droits ne peuvent être touchés que sous le chloroforme. On pose le diagnostic de grossesse extra-utérine, mais sans en préciser la variété.

La malade revint huit semaines plus tard. Le kyste fœtal s'était accru et les parties fœtales étaient nettement perceptibles, ainsi que les mouvements actifs. Même situation de l'utérus. En décembre, on put déterminer la position de l'enfant qui avait la tête à droite et en bas, en arrière de l'utérus.

En décembre, il s'écoula par le vagin un liquide clair, et ce phénomène se répéta plusieurs fois pendant quelques semaines. La malade était continuellement mouillée, et, pendant la nuit, deux alèzes étaient traversées; ce liquide laissait sur le linge des traces imperceptibles.

Vers le 5 janvier, ces pertes cessèrent, ainsi que les douleurs quotidiennes.

Il n'y avait pas de doutes que ces pertes fussent dues au liquide amniotique qui, du reste, au moment de l'opération, manquait complètement.

Opération le 27 février, deux semaines et demie avant le terme.

Incision sur la ligne blanche. Découverte du kyste fœtal qu'on ouvre. Pas de liquide amniotique; extraction facile d'un enfant vivant. Le placenta est inséré sur la partie gauche du sac fœtal; il n'est pas atteint par l'incision, mais près de son bord la cavité péritonéale est ouverte et semble montrer que le placenta s'insère en partie directement sur l'intestin. Quelques points à la soie embrassant à la fois le ligament large et le péritoine pariétal ferment la cavité péritonéale. Nettoyage du sac; suture de la plaie abdominale, tamponnement du kyste à la gaze iodoformée.

L'enfant était à terme, mais petit et mal développé. Il avait un aplatissement considérable du crâne et du visage du côté gauche, c'est par là qu'il était appliqué sur la colonne vertébrale. Pieds bots équins. Bien qu'à peine asphyxié à sa naissance, il mourut une heure et demie après.

Les premier jours, la malade perdit connaissance, sans fièvre d'ailleurs. On pensa à l'intoxication iodoformée, aussi le sac fut lavé et bourré de gaze phéniquée. Cette perte de connaissance dura quatorze jours et le second jour, il y eut, avec une très petite émission d'urine, un accès éclamptique typique, mais unique. La malade entendait et comprenait ce qu'on lui disait, mais ne s'occupait absolument pas de ce qui se passait autour d'elle. A partir du troisième jour, il y eut amaurose complète, mais la disparition ne put en être déterminée à cause de l'état mental. Le quatorzième jour, il y eut des crachats sanglants, qu'on considéra comme dus à de petites embolies pulmonaires. La troisième semaine, l'intelligence reparut, mais la mémoire de ce qui s'était passé pendant quatorze jours ne revint jamais.

La température n'atteignit jamais 39°. Le kyste suppura légèrement et diminua de volume. Le placenta commença à se détacher le trentième jour et fut trouvé dans le pansement le trente-quatrième jour. La température tomba

immédiatement à 37°, mais il resta une fistule qui mit six mois à se fermer. La malade guérit complètement.

Obs. XLIV. — *Grossesse abdominale secondaire de huit mois et demi. Laparotomie. Ablation totale des restes du sac et du placenta. Enfant vivant, bien portant un an après. Guérison de la mère. Rupture d'une seconde grossesse tubaire de deux mois, collapsus. Laparotomie. Guérison.* — Olshausen. *Loco citato*, cas VII. — Mme W..., 30 ans, accouchée spontanément en septembre 1881 d'une grossesse normale, eut de nouveau ses règles en 1888, puis fut encore enceinte. Au milieu de juillet, perception des mouvements de l'enfant. Le 15 avril, elle avait eu une forte métrorrhagie pendant huit jours, suivie le 18 de l'expulsion d'une membrane bilobée grosse comme une paume de main ; le 7 mai, elle eut un accès de fièvre avec douleurs excessives dans l'abdomen, douleurs qui à partir de ce moment ne cessèrent plus. Le 10 octobre, la douleur devint si violente que la malade dut garder le lit.

En entrant à la clinique, le 19 octobre 1888, la malade a une température de 38°,4.

L'abdomen distendu présentait la forme qu'il affecte dans l'ascite. La palpation ne permettait pas de délimiter en aucune façon les bords de l'œuf, mais on sentait les parties fœtales, on percevait des mouvements actifs, et à l'auscultation on entendait les battements du cœur fœtal. L'extrême sensibilité de l'abdomen, surtout à la région hypogastrique gauche, rendait l'exploration difficile. On pouvait sentir l'utérus dans le bassin, mais presque pas augmenté de volume.

La malade avait de la fièvre et éprouvait des douleurs violentes : on lui fit la laparotomie le 1er novembre 1888, c'est-à-dire deux ou trois semaines avant le terme normal de sa grossesse.

Opération. — L'incision fut faite sur la ligne blanche. Dans la partie supérieure de la plaie, on trouva une masse gris brunâtre, qu'on crut être le kyste fœtal. On reconnut bientôt qu'il s'agissait là d'un ancien caillot transformé, qui fut écarté avec les doigts. Derrière se trouvait l'intestin, d'aspect normal, sans adhérences. Parmi les anses se trouvait gros comme le poing de caillots frais qu'on enleva. De kyste fœtal, de membranes, nulle trace. En pénétrant plus profondément avec la main dans l'abdomen, j'arrivai sur le fœtus, libre au milieu des anses intestinales : ni liquide amniotique ni méconium.

Je constate que le placenta s'insérait sur le ligament large droit, un bord regardant en haut, l'autre vers le bassin, la surface fœtale tournée vers le sacrum de la mère. D'enveloppes je ne trouvai que quelques lambeaux, leur extrémité libre flottant au milieu des anses intestinales, sauf un tiers de leur périphérie, qui adhérait au ligament large droit. Celui-ci coiffait si exactement le bord supérieur du placenta, et était tellement aminci que deux ligatures en masse suffisent pour l'enlever ainsi que le délivre. On voyait que la plupart des vaisseaux qui alimentaient le placenta venaient des « vaisseaux utéro-ovariens, qui, en grand nombre et volumineux, arrivaient derrière le placenta à la surface du ligament large dans le bassin ».

Après l'ablation du placenta, l'utérus ne conserva plus guère de ligament large droit, l'ovaire droit n'était pas accessible à la vue. Les annexes du côté gauche étaient en place et parfaitement sains.

En cherchant les enveloppes et le reste du kyste fœtal, on ne trouvait rien d'abord. Comme la tête était située dans le bassin vers la cavité de Douglas, je relevai le cul-de-sac large et profond et y trouvai en effet large comme la main de membranes correspondant à peu près au quart de la totalité des enveloppes ; on en trouva de plus quelques débris pendant la toilette de la cavité abdominale ; la plaie fut complètement suturée.

L'enfant (une fille), après quelques moments de suffocation, put respirer sans intervention ; elle était parfaitement viable. Elle pesait 5 livres ; l'année d'après, elle pesait 6,910 grammes.

Les suites de l'opération furent bonnes d'abord. Vers le huitième jour, la malade eut de la fièvre qui s'éleva jusqu'à 39°,2. La cause en était dans un abcès dont le pus se fit jour à travers un point de suture. La malade quitta la clinique cinq semaines après sa couche avec une fistule au ventre ; trois semaines après, ayant dilaté la fistule avec des tiges de laminaire, et quatre points de sutures ayant été enlevés, la malade guérit.

Le 17 novembre, c'est-à-dire un an et seize jours après la laparotomie, on l'apporta à la clinique avec les symptômes d'une *anémie aiguë*.

Elle avait eu ses dernières règles le 29 septembre et était malade depuis le 16 novembre : elle était dans le collapsus.

Le pouls était très petit et mou (140 à 150 battements) ; elle était pâle et apathique. La percussion de l'abdomen faisait constater une collection liquide abondante ; comme le diagnostic n'était pas douteux, on fit à l'instant la laparotomie. Dans la cavité abdominale on trouva du sang dont 1,700 grammes furent extraits, en partie liquide, en partie coagulé. Craignant d'augmenter le collapsus par une toilette trop longue, je laissai dans l'abdomen une grande partie du sang.

La trompe gauche, épaissie et infiltrée de sang, fut extirpée en masse, après ligature, avec l'ovaire qui lui était intimement accolé. La malade guérit sans fièvre et sortit quatre semaines après.

Obs. XLV. — *Grossesse extra-utérine tubaire rupturée. Laparotomie. Pas de sac fœtal. Extraction d'un enfant vivant. Déchirure de l'insertion placentaire et hémorrhagie. Ablation de la trompe et du placenta. Pince à demeure. Guérison de la mère. Enfant vivant.* — Max von Strauch. *Saint-Petersburger medicinische Wochenschrift*, 15 août 1892. — Femme de 32 ans, réglée régulièrement depuis l'âge de 12 ans, avec cinq grossesses normales, avec une salpingite depuis trois ans, ayant causé de la dysménorrhée avec ménorrhagie.

Dernières règles le 14 février 1891. Un mois après, syncope, suivie de fortes douleurs dans le bas-ventre. Même état en août 1891 (six mois après le début de sa grossesse extra-utérine).

L'auteur fit le diagnostic de grossesse extra-utérine avec insertion probable du placenta sur la trompe gauche, avec fœtus vivant de 7 mois environ, libre dans la cavité abdominale, la tête dans le Douglas.

Laparotomie sous chloroforme, le 19 novembre 1891. Incision de la paroi abdominale. Il sort deux tumeurs : une droite, plus petite, jaunâtre; une gauche, plus volumineuse, bleu foncé, dont la surface est traversée par des rameaux gros comme le doigt. C'est la trompe gauche avec le placenta; pas de traces du fœtus. Résection entre deux ligatures d'adhérences épiploïques à l'utérus. On sépare successivement le bord gauche de l'utérus de la trompe gravide jusqu'à la hauteur de l'orifice interne du col. Le sang coule malgré des ligatures du bord gauche de l'utérus et des piqûres. On applique une pince de Kock. On introduit profondément la main entre les deux tumeurs et la colonne vertébrale, et, au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite, on saisit les pieds du fœtus et on l'extrait. L'extraction de la tête au niveau du promontoire exigea un peu de force. Les cheveux étaient adhérents au Douglas, et on attirait, en tirant sur le fœtus, la paroi postérieure du vagin, de sorte qu'il se formait dans la cavité vaginale un vide où l'air entra en produisant du bruit.

Malgré tous ces soins, il se forma une rupture de la trompe qui contenait le placenta, au niveau de sa face postéro-supérieure. Il se produisit une formidable hémorrhagie qui inonda le champ opératoire. Avec la main, on saisit le lieu de l'hémorrhagie et avec une pince le ligament infundibulo-pelvien; l'hémorrhagie fut arrêtée. Considérant que le bord gauche utérin, malgré la pince de Kock, continuait à saigner, on plaça un lien élastique autour du col, et alors on fit des sutures soignées, perpendiculaires à l'axe longitudinal de l'organe. Ablation du lien élastique; l'hémorrhagie est arrêtée.

Au moyen de ligatures préalables, on enlève toute la trompe contenant le placenta. On fait la ligature de quelques branches très développées de l'artère utéro-ovarienne. On laisse à demeure une des pinces qu'on ne peut pas remplacer par une ligature.

Fermeture par des sutures entortillées profondes et superficielles, excepté à l'angle inférieur par où passe la pince. Durée, une heure vingt minutes. La pince fut enlevée au bout de vingt-quatre heures; par l'orifice était sortie une grande quantité de sérosité sanguinolente, qui mouilla le pansement.

Au deuxième jour, il sortit par le vagin du sang mélangé avec des débris de caduque, et cet écoulement dura jusqu'au septième jour; trois fois par jour, injections vaginales au sublimé.

Malgré ces soins, la malade eut de la paramétrite, que l'auteur rapporte à de l'endométrite consécutive à la chute incomplète de la caduque. La malade guérit.

L'enfant mesurait 36 centim., pesait 1,096 gr.

Obs. XLVI (1). — *Grossesse abdominale de sept mois et demi. Enfant vivant. Laparotomie. Extirpation d'un fœtus vivant. Pas de sac. Décollement accidentel*

(1) M. le Dr Guéniot, chirurgien de la Maternité, a bien voulu nous autoriser à donner les résumés de ces deux observations très intéressantes : nous ne saurions trop le remercier. Elles seront, du reste, publiées ultérieurement plus en détail par ce chirurgien, qui a déjà fait allusion à la première, à la séance du 9 février 1893 de la *Société obstétricale et gynécologique de Paris*.

et partiel du placenta. Hémorrhagie arrêtée par tamponnement et au moyen de pinces à demeure. Mort de péritonite au sixième jour. — GUÉNIOT. — Femme entrant à la Maternité à six mois et demi d'une grossesse, parce qu'elle a des douleurs excessivement vives qui la condamnent au repos. A l'examen, on diagnostique une grossesse extra-utérine avec enfant vivant. Voulant essayer de sauver l'enfant, on fait temporiser la malade autant que possible ; mais elle souffre tellement qu'elle demande avec insistance à être opérée. L'enfant a la tête dans l'excavation, faisant saillie dans le Douglas, l'occiput en arrière.

Laparotomie en février 1891. Incision couche par couche sur la ligne blanche. Le tissu cellulaire sous-péritonéal est œdématié, gélatineux. Le péritoine, très épaissi, est incisé et on tombe immédiatement dans l'intérieur de l'œuf. L'incision a porté presque sur les bords de l'insertion placentaire qui siège à droite ; mais cependant le placenta n'est pas touché. Extraction de l'enfant, petit et mal développé (1,500 gr. environ), qu'on a de la peine à ranimer et qui ne vit qu'une heure et demie. Il y avait fort peu de liquide amniotique.

Le sac fœtal n'existe pour ainsi dire pas ; il est représenté par une mince membrane amniotique à travers laquelle on voit les anses intestinales. Pendant l'extraction de l'enfant, il s'est probablement produit un décollement placentaire, car une hémorrhagie abondante se déclare. On lutte contre elle au moyen de pinces, du lien élastique, du tamponnement par des compresses. Elle finit par s'arrêter, et alors on résèque une portion de l'épiploon qui adhérait après y avoir fait quatre points en chaîne au catgut. Sutures de la partie supérieure de l'incision abdominale. Drainage de Mickulicz à l'angle inférieur.

La malade va parfaitement pendant les quatre premières vingt-quatre heures. Le soir du quatrième jour elle se plaint de souffrir dans la fosse iliaque gauche, il se déclare une péritonite dont elle meurt le matin du sixième jour.

A l'AUTOPSIE, on trouve une compresse oubliée lors du tamponnement qui a été la cause de la péritonite.

OBS. XLVII. — *Grossesse extra-utérine de sept mois et demi. Laparotomie. Extraction d'un enfant vivant. Ablation du placenta, ligatures nombreuses au niveau de l'insertion. Suture du sac à la paroi. Tamponnement. Guérison de la mère et de l'enfant.* — CHROBAK. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1891, p. 184. — A. K..., âgée de 32 ans, est d'une famille bien portante et est elle-même robuste. Premières règles à 18 ans. Genre de vie régulier, sans fatigue. A 20 ans, première grossesse avec accouchement normal. Deuxième grossesse également normale un an et demi après.

En juillet 1889, son époque survint après un retard de dix jours, puis elle eut des pertes pendant quatre mois. Ensuite règles normales pendant trois mois. Dernières règles le 8 décembre 1889.

Le 27 janvier 1890, la malade fut prise subitement de douleurs et eut seize évanouissements. Elle se remit lentement et resta alitée jusqu'en avril. Elle se plaignait de douleurs violentes dans le bas-ventre et dans les reins, si bien que la marche et la station debout étaient presque impossibles. Le 6 avril, ces douleurs reparurent subitement dans le ventre pour durer huit jours, pendant

lesquels la patiente fut très agitée. En même temps, légère métrorrhagie. Elle nie énergiquement avoir senti les mouvements de l'enfant.

Au 1er mai 1890, seins petits, d'où sort par la pression du colostrum. Abdomen modérément distendu, quelques vergetures. La portion sous-ombilicale est repoussée en avant par une tumeur ferme, élastique, peu mobile, remontant à l'ombilic et allant à gauche et à droite jusqu'aux crêtes iliaques. La surface en est lisse et présente en avant et à droite une saillie allongée qui ressemble à l'utérus augmenté de volume. La percussion donne de la sonorité jusqu'au bord supérieur de la tumeur; à son niveau, matité; dans les flancs, sonorité. La ligne blanche est pigmentée. A gauche et au-dessous de l'ombilic, on entend un souffle, mais nulle part les bruits du cœur.

Vulve normale, muqueuse vaginale violacée; vagin relâché et ramolli. Le col est derrière et au-dessus de la symphyse; il est difficile à atteindre et petit; son orifice admet l'extrémité du doigt. Le cul-de-sac inférieur du vagin est repoussé en bas, et le petit bassin est en partie rempli par la tumeur. Elle est nettement fluctuante. Les annexes ne sont pas perceptibles dans le cul-de-sac gauche; on sent nettement balloter un corps.

On posa le diagnostic de grossesse extra-utérine, mais à ce moment aucun symptôme menaçant ne poussait à l'opération. La patiente resta quelques jours à la Clinique en observation, pendant lesquels elle se porta fort bien. Elle sortit bientôt.

Le 16 juin 1890, la malade revint parce que depuis quelques heures elle avait des douleurs violentes dans l'hypogastre. On trouva la tumeur dure, contractée, un pouls à 130. La malade était pâle, défaite, les yeux excavés. Le professeur Chrobak, à cause de la rupture menaçante, pratiqua immédiatement la laparotomie.

Incision de la ligne blanche jusqu'à l'ombilic. Par l'ouverture de la cavité abdominale, apparut le sac fœtal. En avant et à droite de lui se trouvait l'utérus, double de son volume normal. En bas et à droite, nombreuses adhérences intestinales.

On commença par détruire les adhérences des annexes droites avec les parois du bassin, ce qui força à poser de nombreuses ligatures sur de gros vaisseaux dilatés qui saignaient abondamment; le sac fœtal put alors être sorti de l'abdomen, ainsi que l'utérus, qui était adhérent. A ce moment, le sac se rompit et un enfant du sexe féminin fut extrait et le cordon coupé. On chercha alors à libérer le sac de la paroi postérieure de l'utérus. Il se produisit une abondante hémorrhagie, provenant de tout le pourtour de l'incision, ce qui nécessita la pose d'un lien élastique provisoire enserrant l'extrémité inférieure du sac et le col utérin. L'écoulement de sang s'arrêta en partie.

Par la déchirure du sac, qui s'était faite à gauche et en avant au niveau de l'insertion placentaire, se fit une hémorrhagie très abondante. Tout le placenta fut alors enlevé et l'hémorrhagie fut arrêtée, soit par des ligatures médiates, soit par le tamponnement du sac fœtal. A cause de l'impossibilité de séparer l'utérus du sac, on le sectionna et le pédicule fut fixé dans l'angle inférieur de la plaie.

Ensuite, le sac fœtal fut réséqué autant que possible, et les bords suturés à la plaie abdominale. La portion restante de la plaie abdominale fut fermée par une suture à trois étages. Drainage du sac au moyen de gaze iodoformée et d'un tube. Pansement ordinaire. L'opération avait duré une heure.

Le fœtus était une fille vivante, pesant 1,120 gr., ayant 36 centim. de long, qui mourut le deuxième jour après l'opération.

La patiente présenta du collapsus, qui fut combattu par la chaleur et l'alcool. Il n'y eut pas de fièvre. La sécrétion du sac, d'abord abondante, se tarit peu à peu, et trois semaines après la malade put sortir, avec une petite fistule. La santé est devenue très bonne et elle a augmenté de 6 kilogr. en deux mois.

Obs. XLVIII. — *Grossesse extra-utérine diagnostiquée dans le quatrième mois; opération refusée alors. Laparotomie au septième mois. Extraction du placenta, hémorrhagie arrêtée par des surjets au niveau de l'insertion placentaire. Suture du sac à la paroi. Enfant vivant. Guérison de la mère. Éventration neuf mois après. Mort par chloroforme* (1891). — Schneider. *Deutsche medicin. Wochenschrift,* 1892. — Une femme de 33 ans avait accouché deux fois. Elle se présente en octobre 1890, n'ayant pas vu ses règles depuis le mois d'août. Aucune perte, aucune élimination de caduque. L'utérus, de 11 centim., était vide, remonté, et, dans le cul-de-sac gauche, on sentait une tumeur molle de la grosseur des deux poings, faisant également saillie dans le Douglas. Il y avait eu de la péritonite locale avec de violentes douleurs ayant déterminé des adhérences de ce côté. On fit le diagnostic de grossesse extra-utérine et l'extirpation fut proposée; les phénomènes douloureux ayant cessé, la patiente refusa l'opération et sortit à la fin de novembre; pendant son séjour, la tumeur s'était notablement accrue.

En décembre 1890, hémorrhagie sans débris de caduque, puis apparition de douleurs insupportables dans le côté gauche du ventre. Elle entre de nouveau à l'hôpital en janvier 1891. Le fond de l'utérus, toujours vide, remonte à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse. La palpation, douloureuse, faisait sentir une tumeur élastique formant aussi une forte saillie dans le Douglas, où l'on percevait parfaitement les parties fœtales. En haut, elle s'élevait à deux doigts au-dessous de l'ombilic, dépassait la ligne médiane à droite, arrivait au bord du bassin à gauche. Le souffle placentaire n'était pas perçu, mais les bruits du cœur fœtal s'entendaient.

Le 2 février 1891, laparotomie. De nombreuses adhérences fixent la tumeur au bassin, et le ligament infundibulo-pelvien est atteint avec peine. En haut, le kyste est recouvert par l'épiploon adhérent dont les vaisseaux ont le volume d'une plume. On résèque la portion adhérente en faisant la section entre deux ligatures.

Sur la face postérieure, il y a des adhérences considérables avec l'intestin grêle, dont les anses semblent se mouler sur les parois du sac; l'utérus lui-même est en contact avec la paroi médiane de la tumeur.

A cause de l'adhérence intime avec l'intestin, l'enlèvement du sac paraissant impossible, on le suture à la plaie abdominale. Une des piqûres laisse écouler

du liquide semblable à du pus; on ponctionne alors le sac et il s'écoule un quart de litre de liquide gras contenant de la cholestérine et des débris. L'examen bactériologique est absolument négatif.

Ouverture du sac fœtal : il s'en échappe du sang frais mélangé de caillots et de liquide amniotique. Le fœtus avait la tête en bas, le dos en avant, et le siège en haut; il est rapidement enlevé. Le cordon ombilical est sectionné et le placenta, inséré sur la paroi médiane antérieure, est détaché et entièrement enlevé. Nombreux surjets sur l'insertion placentaire et suture minutieuse du sac fœtal à la plaie abdominale. L'écoulement de sang, jusque-là abondant, devient bientôt négligeable. On saupoudre la plaie placentaire du mélange d'acide salicylique et de tannin et on tamponne à la gaze iodoformée. Fermeture de la plaie abdominale jusqu'au bord supérieur du sac fœtal.

L'enfant extrait, une fille, était long de 25 centim. Il vécut trois heures. Il ne présentait aucune déformation, mais présentait au niveau de la fesse une piqûre faite lors de la suture du sac, avant son ouverture.

La guérison fut retardée par une pneumonie hypostatique double. La patiente a été opérée dans la position de Trendelenburg.

La paroi du sac fœtal s'élimina rapidement, et cette grande plaie se combla très vite, grâce à l'intestin qui, reprenant sa place habituelle, diminua de beaucoup la cavité.

Le 4 juin 1891, la malade sortait avec une cicatrice grande comme le creux de la main. L'utérus était déjeté à gauche, le fond facile à toucher sous la cicatrice.

Malgré le port d'une ceinture abdominale, il se produisit une éventration pour laquelle la patiente rentra à l'hôpital au bout de neuf mois. On voulait pratiquer une seconde laparotomie, mais la malade succomba au chloroforme.

Suivent les détails de l'autopsie.

OBS. XLIX. — *Grossesse extra-utérine intraligamentaire. Laparotomie. Ablation du sac. Mère guérie ; l'enfant ne fit que quelques inspirations.* — SCHAUTA. *Beiträge zur Casuistik, Prognose, und Therapie der Extra-uterinschwangerschaft,* Prague, 1891. In POZZI.

OBS. L. — *Grossesse intraligamentaire ayant dédoublé le mésocôlon. Laparotomie. Le côlon placé sur la face antérieure du sac empêche son ablation. Extraction de l'enfant vivant. Décollement du placenta, hémorrhagie. Tamponnement du sac. Empoisonnement iodoformé. Fistule stercorale. Guérison de la mère et de l'enfant.* — FROMMEL. *Munchener medicinische Wochenschrift.* 1892, p. 1. — La femme St..., âgée de 31 ans, réglée depuis 13 ans, a eu deux couches normales. Dernières règles le 21 juin 1890. La grossesse évolue sans complication jusqu'à la fin d'octobre, où ont commencé des malaises revenant par crises, qui la forçaient à garder presque constamment le lit (douleurs abdominales, syncopes, vomissements, etc.). Cette femme est petite, amaigrie; les seins ne sont pas gonflés, mais contiennent du colostrum. Le ventre a l'aspect d'une grossesse de huit mois. La tumeur est limitée latéralement et en haut

par les intestins, et se trouve située surtout à droite, tandis qu'à gauche on sent l'utérus, très augmenté, appliqué à la paroi antérieure de la tumeur. Celle-ci est tellement dure qu'elle ne permet pas la palpation des parties fœtales. Peut-être sent-on dans la fosse iliaque droite une grosse partie. Malgré une auscultation soignée, on ne peut entendre ni le bruit du cœur de l'enfant, ni le souffle placentaire. Pas d'expulsion de caduque, ni pertes de sang. On pose le diagnostic de grossesse extra-utérine avancée, mais sans qu'on puisse savoir si l'enfant est vivant.

Laparotomie le 6 juin 1891. Incision sur la ligne blanche; on voit apparaître la tumeur, de couleur rouge foncé; elle est adhérente à la paroi abdominale et malgré les précautions est un peu cutanée. Il en sort un liquide jaunâtre assez transparent.

On agrandit cette ouverture et on s'aperçoit qu'en avant de la tumeur passe transversalement le côlon dont le mésentère est étalé sur une grande partie de la tumeur. Celle-ci est donc sous-péritonéale; d'abord intraligamenteuse, elle a aussi déplissé le mésocôlon. Les vaisseaux mésentériques, gorgés de sang, sillonnent la face antérieure. L'utérus est appliqué sur elle et on peut y suivre la trompe pendant 12 centim., mais son extrémité abdominale ne peut être reconnue.

Malgré cette situation sous-péritonéale, on essaya d'abord d'énucléer la tumeur. Pour cela, le mésentère du côlon fut incisé sur une grande étendue après avoir lié les rameaux; mais on s'aperçut alors que d'un côté la paroi du sac était très mince et très friable, de sorte qu'elle se déchirait lorsqu'on voulait rompre les adhérences. De plus, le placenta s'insérait juste au-dessous du point où passait le côlon. Chaque tentative faite de ce côté s'accompagnait d'hémorrhagie, et, à cause du gros intestin, on ne pouvait pas faire la ligature par segment (Martin). On fut donc obligé de renoncer à l'ablation du sac.

On agrandit alors l'ouverture; le cordon apparaît, l'extraction de l'enfant se fait rapidement; section du cordon. L'enfant se met à crier après quelques frictions. Sa position était la suivante : tête dans la fosse iliaque droite et légèrement engagée; le siège était dans l'hypochondre gauche.

Aussitôt après l'extirpation de l'enfant, une hémorrhagie énorme se produisit, recouvrit tout le champ opératoire, de sorte qu'il ne restait plus qu'à tamponner. Il fallut une grande quantité de gaze iodoformée pour arrêter l'hémorrhagie. Le sac fut alors fixé dans l'angle inférieur de la plaie, ce qui fut difficile, car l'ouverture du sac se trouvait près du côlon. La première suture se trouvait près de cet intestin. La malade fut portée dans son lit presque sans pouls, mais bientôt le cœur se relevait et le danger momentané disparaissait.

L'enfant n'était pas très développé; il avait 42 centim. de long et pesait 1,880 gr. Il présentait sur le pariétal gauche, qui reposait sur le détroit supérieur, un profond sillon; il avait aussi une contracture du sterno-cléido-mastoïdien droit. Il fut nourri au lait stérilisé et il resta six semaines dans la couveuse de Crédé. L'été, il fut tenu chaudement; en octobre 1891, il pesait 3,200 gr. et

avait 49 centim. Mais quatorze jours après sa sortie de la clinique, il fut pris d'entérite et mourut.

Quelques jours après l'opération, apparurent des symptômes d'empoisonnement iodoformé; on remplaça alors la gaze iodoformée par de la gaze stérilisée; mais la fièvre apparut, en même temps qu'une mauvaise odeur. Le placenta ne se détachant pas spontanément, on essaya le onzième jour de l'enlever, ce qui causa de nouveau une très forte hémorrhagie qui s'arreta par un nouveau tamponnement. Celui-ci fut enlevé quelques jours après, sans nouvelle hémorrhagie. Sous l'influence de lavages antiseptiques le sac se referma peu à peu au bout de cinq semaines. La guérison fut retardée par la formation d'une fistule stercorale due probablement à une blessure du côlon par l'aiguille. Elle se ferma spontanément au bout de trois mois.

Obs. LI. — *Grossesse extra-utérine tubaire (?) de dix mois. Laparotomie. Blessure du placenta. Extraction d'un enfant vivant. Placenta laissé en place, sac suturé à la paroi. Ablation secondaire du placenta, fistule stercorale qui se ferma seule. Guérison de la mère et de l'enfant.* — Mordecai Price. *The American Lancet*, octobre 1893, p. 368. — Femme devenue enceinte le 1er janvier 1892; en faisant ses provisions le 13 février, elle est prise de douleurs abdominales violentes qui la forcent à rentrer et à se mettre au lit. Le Dr Yeomans la soigna trois jours sans suspecter la grossesse. Bien qu'encore souffrante, elle put reprendre ses occupations. Entre le quatrième et le cinquième mois, métrorrhagie; un mois plus tard, elle sent les mouvements de l'enfant et quoique souffrant beaucoup, elle continue à travailler.

Début du travail le soir du 21 octobre (dixième mois). Pendant trois nuits, douleurs très violentes sans dilatation du col. Le 23, le Dr Collin pensa à l'existence d'un monstre, parce qu'il pensait sentir deux têtes, l'une à droite, l'autre à gauche. Aucune partie fœtale ne pouvait être perçue par le col.

La patiente fut endormie à l'éther, le diagnostic de grossesse extra-utérine posé et l'opération faite. Elle fut courte et simple. Incision de 4 à 5 pouces sur la ligne médiane, aussi près que possible, d'après ce que nous pûmes juger du siège du placenta. Celui-ci était à gauche, l'enfant vers la ligne médiane: il s'insérait à la portion utérine de la trompe et à toute la partie gauche du bassin, depuis l'épine iliaque jusqu'au niveau du rein, et recouvrait le côlon descendant. L'incision tomba sur lui et il se produisit une hémorrhagie considérable, qui fut arrêtée au moyen de pinces laissées à demeure. L'enfant était recouvert par le sac amniotique et le placenta; il fut extrait par le siège et confié à un aide. Au sac fœtal adhéraient le côlon transverse et l'intestin grêle. Le cordon s'insérait sur le placenta, à 2 pouces à gauche de l'ombilic. L'ablation du placenta me parut impossible sans hémorrhagie à cause de sa position et de son volume.

Il n'y avait pas de liquide amniotique; la peau du fœtus était un peu macérée et saignait facilement. Le sac fut suturé à la paroi; sa cavité était très réduite par la contraction des muscles et aussi par la pression des viscères: elle fut nettoyée et tamponnée à la gaze iodoformée.

Le premier pansement fut laissé en place trois jours; ensuite on fit deux pansements par jour jusqu'à la guérison. Il sortit de la sérosité sanguinolente. Le quatorzième jour, il y eut des risques de septicémie; on essaya d'enlever le placenta, mais il se produisit une hémorrhagie qui nécessita le tamponnement. L'état de la malade allait s'aggravant et à la fin de la troisième semaine une nouvelle tentative fut faite pour enlever le placenta; nouvelle hémorrhagie. On enleva alors aux ciseaux toute la portion placentaire qui parut morte.

Le trente-troisième jour, la malade, après de violentes douleurs perdit par la plaie une partie des membranes; on sentait dans tout le flanc gauche une masse dure, douloureuse, évidemment formée par le placenta. On introduisit alors la main et on pénétra en arrière du placenta qui commençait à se détacher. On put l'énucléer complètement, sauf les points adhérents à l'utérus et à la trompe, où il se produisit de l'hémorrhagie. Ces derniers débris furent enlevés le trente-cinquième jour. A la fin de la seconde semaine, il y eut production d'une fistule stercorale due à la mortification d'un point du côlon transverse; elle mit quatorze semaines à se fermer.

L'ablation totale du placenta amena la convalescence rapide de la malade. L'enfant est vivant.

OBS. LII et LIII. — JOHNSON. *Pan American medical Congress*, septembre 1893; résumées in *American Journal of Obstetrics*, 1893 et *Mercredi médical*, 11 octobre 1893. — L'auteur, dans sa communication, que nous n'avons pu nous procurer dans le texte original, parle de deux observations concernant des cas opérés après la viabilité de l'enfant.

1er CAS. Grossesse extra-utérine de huit mois. Laparotomie. Le sac ne put être enlevé et la mère succomba à la septicémie, l'enfant mourut également.

2e CAS. Grossesse intraligamentaire de neuf mois. Laparotomie. Le sac et le placenta furent enlevés sans hémorrhagie ; il n'y eut qu'un vaisseau à lier. Mère et enfant vivants.

OBS. LIV. — *Grossesse extra-utérine à terme. Laparotomie. Déchirure du sac au niveau de l'insertion placentaire. Extraction d'un enfant vivant. Ablation du placenta, résection et drainage du sac. Guérison de la mère et de l'enfant.* — A. URBAIN. *Bulletin de la Société belge de gynécologie*, 1893. — Louisa B..., ménagère, est une petite femme brune, très résistante, de 33 ans. A l'âge de 20 ans, elle devint enceinte et accoucha très facilement d'un enfant qui vécut quelques années. Depuis, elle n'a plus eu d'apparences de grossesse. Elle avait cependant un vif désir d'avoir encore un enfant, puisque, sur ses instances réitérées, son médecin traitant, le Dr Van Hassel, après l'avoir guérie d'une vaginite compliquée d'endométrite, pratiqua trois fois, mais sans succès, la fécondation artificielle au moyen de la seringue de Braun.

Le 25 août 1892 (c'était son époque cataméniale), elle eut des règles beaucoup moins abondantes, qui ne reparurent plus le mois suivant.

Louisa B... se crut donc enceinte.

Au début, il ne se passa rien de bien particulier, mais bientôt des douleurs

continues à exacerbations se déclarèrent dans le bas-ventre et augmentèrent tellement, que dans le courant du mois de décembre elle fit appeler le Dr Dayez, qui la trouva au lit, le facies émacié, le pouls très faible, le ventre volumineux, ascitique ; à droite, à deux ou trois travers de doigt de la ceinture pelvienne, on percevait très bien, malgré la tension des parois abdominales et les douleurs que l'exploration provoquait, une tumeur de la grosseur d'un petit poing, globuleuse et fixe. Vulve œdématiée, col ramolli, matrice peu développée, mobile et ne paraissant pas avoir le moindre rapport avec la tumeur. État général mauvais, manque d'appétit, défécation très difficile.

Je fus appelé quelque temps après en consultation, et, tout en soupçonnant très fortement une grossesse extra-utérine, nous réservâmes notre diagnostic et nous résolûmes de tenir notre malade en observation.

Entre temps, les seins, dont les aréoles devenaient brunâtres, étaient plus volumineux et sécrétaient du lait. La pigmentation de la ligne blanche se manifesta. La tumeur augmentait progressivement de volume, la péritonite concomitante diminuait et le ventre perdait insensiblement cette forme uniformément globuleuse de l'ascite. L'œdème vulvaire se dissipa en grande partie, et bientôt la femme nous déclara percevoir des mouvements. D'un autre côté, l'état général devint beaucoup meilleur, l'appétit reparut et la malade put se livrer bientôt aux petits travaux du ménage.

Dans les mois suivants, la tumeur continua à se développer et gagna l'épigastre, les mouvements devinrent plus intenses ; on commença bientôt à les percevoir à la main, très superficiellement. En même temps, on sentait les bosselures fœtales, directement sous la peau ; on pouvait les saisir entre les doigts. A l'auscultation, les battements du cœur étaient contre l'oreille. Le cathétérisme utérin fut pratiqué et démontra que cet organe était vide et tout au plus développé comme dans une grossesse de trois mois. C'est alors que nous nous décidâmes à intervenir sans tarder, vu que nous arrivions au terme de la grossesse et que, depuis quelques jours, la femme commençait à se plaindre d'une grande gêne de la respiration.

Après les précautions antiseptiques habituelles et anesthésie, l'opération fut pratiquée le 12 mai, avec l'aide des confrères Van Hassel, Dayez de Pâturages, et Drousies d'Hornu. Elle présenta différentes particularités qui méritent d'être signalées. Après l'ouverture de la cavité abdominale, nous trouvâmes, montant à environ quatre travers de doigt au-dessus du pubis, l'utérus et le ligament large, qui formaient une ceinture complète très résistante. Au-dessus et en arrière, se trouvait le kyste fœtal, que nous voulûmes attirer en dehors, tout en prenant les plus grandes précautions. Nous ne réussîmes pas, à cause de ses nombreuses adhérences et de la finesse de ses parois, qui cédèrent bientôt juste à l'insertion placentaire, c'est-à-dire à la partie antérieure et supérieure, ce qui amena une hémorrhagie abondante.

Je déchirai l'enveloppe beaucoup plus bas, je saisis l'enfant par les pieds et l'amenai rapidement en dehors. C'était une petite fille, parfaitement constituée, qui ne tarda pas à respirer. Elle pesait 4,500 grammes. Les fesses et les

extrémités inférieures se trouvaient à droite et en bas, le dos en avant, le bras droit dans le cul-de-sac de Douglas et la tête vers le rein gauche.

Le placenta fut extrait, et pour arrêter l'hémorrhagie, qui devenait considérable, le sac fut bourré de gaze antiseptique, et de nombreuses pinces furent appliquées. Alors, la partie du sac qui n'avait pas d'adhérences avec la masse intestinale fut réséquée, les vaisseaux liés, la toilette du péritoine faite très soigneusement. Une bande de gaze iodoformée fut laissée à demeure et le ventre suturé.

L'opération avait duré une heure, et, à certains moments, nous avait donné de grandes inquiétudes à cause de l'hémorrhagie. Entre temps, quelques injections d'éther avaient été pratiquées.

Nous avons eu l'occasion, depuis un an, de pratiquer deux fois l'opération césarienne. Autant celle-ci nous paraît simple et facile, autant celle que nous venons de décrire nous semble difficile, sanglante et dangereuse.

Les suites de l'opération furent assez mouvementées, inquiétantes parfois.

Le 13 et le 14, la température oscille entre 36° et 37°. Pouls 120.

Le 15. T. 37°,5 à 38°,9.

Le 16. T. 38°,2 à 38°,5.

Le 17. T. 37°,6 à 38°,6; le pouls restant toujours à 120.

A partir du 20, T. 37°; P. 90 à 100.

L'hyperthermie et l'accélération du pouls nous annonçaient un travail inflammatoire, et nous étions prêts à intervenir et à ouvrir le ventre de nouveau, quand, en retirant la gaze iodoformée, une quantité de pus assez considérable s'écoula. A partir de ce moment, le mieux s'accentua de jour en jour et la femme est parfaitement rétablie.

Deux fautes ont été commises, me semble-t-il, dans la technique opératoire. Tout d'abord, nous avons eu tort de vouloir attirer en dehors le kyste fœtal, provoquant ainsi une hémorrhagie abondante, que nous aurions certainement évitée en partie si le sac avait été incisé à une certaine distance de l'insertion placentaire, comme je l'ai fait plus tard. Du reste, le kyste fœtal est toujours fortement adhérent aux anses intestinales, à cause de la péritonite péri-ovulaire qui se déclare lors de la transformation de la grossesse tubaire en grossesse tubo-abdominale; péritonite que nous avions constatée, le Dr Dayez et moi, vers le mois de décembre.

D'un autre côté, nous aurions dû inciser le Douglas et drainer par le vagin. De cette manière, nous pouvions faire des lavages au moyen de la sonde à double courant, et ramener le pus au fur et à mesure de sa formation. Nous aurions ainsi évité probablement l'hyperthermie, qui nous a donné quelques inquiétudes pendant les premiers jours qui ont suivi l'opération.

OBS. LV. — *Grossesse abdominale de huit mois et demi. Laparotomie. Extraction d'un enfant vivant qui mourut le seizième jour. Placenta laissé en place. Longue convalescence de la mère. Guérison.* — GUÉNIOT. — Le 5 novembre 1893, entre à la Maternité une nommée C..., âgée de 32 ans, ménagère; cette femme a eu déjà cinq grossesses dont deux terminées par fausse couche. Ses dernières

règles remontent au 5 mars 1893. En mai, elle est prise de douleurs abdominales avec état syncopal et vomissements. Cette crise se calme pour reparaître bientôt et l'empêcher absolument de travailler.

En juillet, péritonite aiguë durant quinze jours. Apparition des mouvements fœtaux. État à peu près satisfaisant jusqu'en octobre. A ce moment (fin d'octobre), apparition de nouvelles douleurs avec pertes d'eau roussâtre. C'est dans cet état qu'elle entre à l'hôpital.

A son entrée, l'examen est difficile parce que le ventre est très ballonné.

Par la palpation, on sent la tête dans le flanc gauche, les petites parties dans le flanc droit ; le dos est en haut et en avant. On voit les mouvements fœtaux. Les battements cardiaques ont leur maximum sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic.

Le toucher vaginal fait percevoir une bride partant du cul-de-sac droit, passant au-devant du col pour aller dans le cul-de-sac gauche. Le col regarde à droite et en bas se continue avec une masse dure, résistante, siégeant en arrière et à gauche et que le toucher rectal montre être l'utérus. La cavité a 8 centimètres et demi. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse volumineuse, épaisse, molle, se prolongeant à droite et qui est probablement le placenta.

On pose le diagnostic de grossesse abdominale de huit mois et demi avec enfant vivant.

Laparotomie le 14 décembre 1893. Incision de la paroi abdominale ; à l'ouverture du péritoine, il s'écoule quelques cuillerées de liquide amniotique et l'on tombe de suite sur l'épaule du fœtus. On prolonge l'incision en haut et on extrait une fille par les pieds pesant 2,980 gr. et parfaitement vivante. Ligature du cordon qui est réséqué près de son insertion. On ne touche pas au placenta.

Il n'y a pas de sac fœtal proprement dit ; il est constitué par une amnios fort mince et fort incomplète. A gauche, on voit l'S iliaque congestionné, en haut l'intestin grêle et l'épiploon, à droite le placenta descendant aussi vers la fosse iliaque et le Douglas, et plus haut le côlon ascendant. Une bride fibreuse allant de l'épiploon au placenta est liée, puis réséquée. Toutes ces parties sont recouvertes d'exsudat fibrineux. Lavage au sérum artificiel puis drainage de Mickulicz.

Sutures de toute la partie supérieure de la plaie par l'angle inférieur de laquelle sortent les mèches de gaze.

. Le drainage est enlevé le quatrième jour et alors on voit par l'orifice le bord du placenta, qui semble s'être avancé vers la ligne médiane.

Après une longue période pendant laquelle la malade eut des symptômes fébriles et des douleurs abdominales, le placenta s'élimina par morceaux. Au 22 février 1894, l'état général est excellent, mais la malade ne se lève encore pas et il reste une fistule.

L'enfant fut mise en couveuse. Elle présentait une légère dépression au niveau de la suture fronto-pariétale gauche. Quoique ses fonctions fussent normales, après avoir légèrement augmenté, ses pesées diminuèrent peu à peu et elle mourut au seizième jour, après avoir présenté des abcès au niveau du cou et de la fesse.

Obs. LVI (inédite). — *Grossesse intraligamentaire de trente-six semaines. Laparotomie. Extraction d'un enfant vivant. Extraction du placenta. Marsupialisation du sac. Tamponnement. Drainage abdomino-vaginal. Hémorrhagie secondaire. Mort de la mère. Enfant mort huit mois après, de convulsions.* — Marchand. — La nommée B..., femme V..., âgée de 31 ans, exerçant la profession de brodeuse, entre le 16 juillet 1892 au pavillon, lit n° 2, dans le service de M. le Dr Marchand à l'hôpital Saint-Louis.

Cette femme a été réglée à 13 ans pour la première fois, mais n'a jamais vu d'une façon régulière; à 18 ans, elle est restée six mois sans être réglée.

Elle se marie à 24 ans, a une grossesse à 25 ans; elle accouche à terme d'une fille, actuellement âgée de 7 ans et bien portante. Elle reste huit jours au lit à la suite de l'accouchement et a son retour de couches six semaines après.

Elle est absolument bien portante jusqu'en 1890; au mois d'avril de cette année, elle est traitée pour des phénomènes gastralgiques qui ont duré trois mois.

En 1892, elle voit ses époques régulières pendant janvier, février et mars.

Au mois d'avril, elle a un retard de vingt-quatre jours et, dans les premiers jours de mai, à la suite d'une très longue marche, elle éprouve une grande fatigue et le lendemain est prise de douleurs très vives dans le ventre, suivies bientôt d'une perte de sang liquide sans caillots; ces pertes et ces douleurs n'ont duré qu'une heure à peine. Elle s'est levée dès le lendemain, mais pendant les six semaines suivantes elle a constamment eu un petit suintement sanguinolent, qui ne l'empêchait d'ailleurs pas de vaquer à ses occupations.

En même temps que ces pertes, la malade présentait des petites crises douloureuses durant une heure ou deux, localisées toujours dans la fosse iliaque gauche et qui venaient s'ajouter à une pesanteur constante à ce niveau.

Tel était l'état de la patiente au 15 juin 1892; déjà à cette époque elle s'était aperçue que ses seins grossissaient.

Les crises de douleur et l'écoulement augmentant d'intensité, la malade se met au lit à cette époque et huit jours durant on pratique un tamponnement vaginal à l'ouate hydrophile qui amène l'arrêt complet des pertes qui n'ont jamais reparu depuis. Notons aussi qu'à ce moment il y avait de la rétention d'urine.

Au début de juillet 1892, les douleurs deviennent de plus en plus violentes, sont un peu calmées par la pose de sangsues, mais reparaissent bientôt aussi fortes; M. Marchand est alors appelé en consultation et constate, outre les symptômes fonctionnels ci-dessus, les signes physiques suivants.

L'utérus est volumineux, non douloureux, et repoussé un peu en avant et à droite. Les culs-de-sac antérieur et droit sont libres; le postérieur et le gauche sont comblés et presque effacés par une masse résistante qu'on arrive à limiter par la palpation abdominale et qui dépasse un peu le détroit supérieur et empiète sur la fosse iliaque gauche. Elle est un peu mobile et sensible à la pression.

En présence de ces signes, M. Marchand, pensant à la possibilité d'une gros-

sesse extra-utérine, conseille à la malade d'entrer à l'hôpital pour pouvoir la suivre ; 16 juillet 1892.

A partir de ce moment, la patiente fut suivie et examinée régulièrement tous les huit ou dix jours. Elle ne présenta que les douleurs signalées plus haut qui revenaient par crises, et avaient toujours les mêmes caractères. De temps en temps aussi, elle était sujette à la diarrhée, s'accompagnant de coliques, et à la rétention d'urine.

Peu à peu on vit la tumeur constatée par le toucher augmenter de volume, se développer hors de l'excavation et venir faire saillie sous la peau, au-dessus de la symphyse pubienne. Dans les premiers jours d'août, la malade ressentit les mouvements de l'enfant; les battements cardiaques devinrent perceptibles. Le diagnostic ferme de grossesse extra-utérine fut donc posé vers le 15 août 1892.

Quand la tumeur eut dépassé le détroit supérieur, les phénomènes douloureux de la malade disparurent en grande partie. Plus de rétention d'urine, plus de crises douloureuses, seulement de temps à autre un peu de diarrhée. Si bien que cette femme, que l'on avait cru devoir garder au lit jusqu'à ce moment, réclama avec insistance la permission de se lever (1er septembre 1892).

A ce moment, voici ce que montrait l'examen : la palpation faisait percevoir deux tumeurs, une molle, pyriforme, non douloureuse, située entièrement à droite de la ligne médiane et remontant à quatre doigts de l'ombilic. Il était facile d'y reconnaître l'utérus, lorsqu'on combinait le toucher avec la palpation. Le doigt avait déjà de la peine à arriver jusqu'au col, qui était très remonté et appliqué contre la symphyse, mais on sentait nettement que ce col suivait les mouvements imprimés à cette tumeur.

A gauche et au-dessus d'elle, se trouvait une autre masse remplissant la fosse iliaque et remontant à l'ombilic. La consistance en était irrégulière, et dès qu'on essayait de palper, on sentait des mouvements des plus nets. Sur la ligne de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, on entendait le souffle placentaire et à peu près à l'ombilic les bruits cardiaques du fœtus. Par le toucher vaginal, on arrivait sur une masse arrondie, rénitente, remplissant tout le cul-de-sac postérieur et ayant par suite repoussé en avant l'utérus. L'examen vaginal ne pouvait du reste pas être pratiqué sans qu'aussitôt il y eût des mouvements actifs du fœtus.

Dans ces conditions, M. Marchand hésita à opérer immédiatement, et, voyant le bon état de la malade, il lui proposa d'attendre la fin de sa grossesse pour la délivrer. Elle fut placée dans le pavillon d'ovariotomie, de façon à être secourue immédiatement en cas d'accident.

Pendant les mois de septembre, octobre, novembre et décembre, la santé de la malade fut parfaite; elle se levait toute la journée, allait et venait sans ressentir aucune douleur. Pendant toute cette période, elle n'eut aucun phénomène pathologique, si ce n'est de temps en temps un peu de diarrhée. Le décubitus latéral gauche seul déterminait de la douleur et ne pouvait être supporté longtemps. A la fin de décembre, la grossesse devait être à la fin du huitième

mois, peut-être même davantage. M. Marchand, ne voulant pas attendre l'apparition du faux travail, se décida à intervenir et pratiqua un dernier examen.

A ce moment, l'utérus est complètement au-dessus de la symphyse pubienne et son fond arrive au niveau de l'ombilic. Il est déjeté presque entièrement à droite de la ligne médiane; son bord droit est net; le gauche, au contraire, est impossible à sentir, il se confond avec la tumeur fœtale, qui remplit tout le flanc gauche et s'incline vers la ligne médiane qu'elle dépasse dans la région sus-ombilicale. Sa limite supérieure monte jusqu'à quatre doigts de l'appendice xiphoïde. La palpation du sac fœtal fait sentir les petites extrémités au niveau du pôle supérieur et tournées à gauche; le siège est nettement perceptible au-dessus du fond de l'utérus. Cette palpation détermine des mouvements actifs très marqués. Les bruits du cœur intenses se font entendre à partir de l'ombilic jusqu'au sommet du sac, mais leur maximum se trouve en un point correspondant au milieu du fond de l'utérus. Le souffle placentaire s'entend dans une zone assez étendue répondant à la fosse iliaque gauche.

Par le toucher, on arrive sur la tête fœtale, qui repousse en avant les parois du vagin; elle remplit la plus grande partie de l'excavation et a chassé en haut l'utérus, dont il est impossible de percevoir le col. Il est très facile de se rendre compte de la situation de cette tête. La fontanelle antérieure regarde en arrière et à gauche ; la suture sagittale est dirigée obliquement d'arrière en avant et de gauche à droite ; il est impossible d'arriver sur la fontanelle postérieure. Il y a donc une présentation en O.I.D.P. avec déflexion de la tête. Il y a de la cystocèle très marquée.

Opération. — La laparotomie est pratiquée le 29 décembre 1892 sous le chloroforme, et dure une heure et demie.

Incision de 20 centim. sur la ligne médiane, commençant à 4 centim. de l'appendice xyphoïde et prolongée en bas, jusqu'à 5 ou 6 centim. de la symphyse. La paroi est fort peu épaisse, les muscles droits ne sont même pas aperçus. On ouvre avec précaution le péritoine soulevé par deux pinces près de l'ombilic ; des pinces hémostatiques sont placées sur chaque lèvre péritonéale, et l'incision de la séreuse est prolongée en haut et en bas, de façon à égaler celle de la peau. Une couronne de pinces est posée sur les lèvres de l'ouverture.

Voici alors ce que l'on voit :

L'utérus est volumineux, congestionné, mou au toucher et a le volume d'un utérus de quatre à cinq mois. Il est repoussé à droite, et recouvre par son bord gauche une partie du kyste fœtal sur lequel sont étalées les annexes de ce côté.

Tranchant nettement par sa teinte blanchâtre, le kyste fœtal remonte à 4 centim. de la xyphoïde et se termine par une extrémité arrondie. Il occupe tout l'hypochondre gauche et se perd en bas dans l'excavation pelvienne.

Au-dessous du point où le kyste est croisé en sautoir par les annexes gauches, il y a un lacis de vaisseaux fort volumineux, dont quelques-uns atteignent le volume d'une humérale. De plus, à ce niveau, les parois ont une couleur bleuâtre foncée, tranchant sur la blancheur du reste du kyste.

Une main plongée dans le ventre permet d'amener hors de l'abdomen utérus et kyste fœtal. De larges éponges montées sont alors introduites en arrière pour maintenir les intestins. Un lien de caoutchouc est passé autour de l'utérus, et aussi bas que possible, sur le kyste fœtal et est modérément serré.

Sur la partie toute supérieure du kyste, par conséquent au-dessus de la région placentaire, une incision est faite ; la paroi est fort mince et il s'écoule de la poche un liquide séreux absolument limpide. En même temps sort l'enfant, siège et pieds les premiers ; la tête et le bras gauche sont au-dessous du lien élastique, qu'il faut étirer un peu pour permettre le passage. Le cordon est coupé à 5 centim. de l'ombilic ; on est obligé de faire l'insufflation quelques instants, puis l'enfant est mis dans une couveuse.

Il reste alors hors du ventre l'utérus et, en arrière et à gauche de lui, le kyste fœtal contenant encore le placenta et le cordon, le tout étranglé par le lien élastique. Toutes ces parties sont alors attirées dans l'angle inférieur de la plaie et recouvertes de compresses. La partie supérieure de l'incision, jusqu'à 3 centim. au-dessous de l'ombilic, est refermée au moyen de sutures en masse aux fils d'argent.

Ceci fait, on place une large éponge entre le sac et les anses intestinales, on resserre le lien de caoutchouc et on décolle la partie moyenne du placenta qui est située au-dessus ; cette portion comprend l'insertion du cordon. Il est inséré sur la paroi antérieure et aussi dans le fond du sac et plonge jusqu'au plancher du bassin. Jusqu'à ce moment, il n'y a pas d'hémorrhagie, le lien de caoutchouc est enlevé et la main plongée à quatre reprises différentes ramène le reste du délivre, inséré, comme nous l'avons vu, dans le plancher pelvien.

Le kyste fœtal est alors absolument vide et à ce moment du sang vient assez abondamment du fond et de toute la surface d'insertion placentaire. On fait de la compression au moyen de grosses éponges et une pince introduite dans le vagin perfore la paroi vaginale, pénètre dans le kyste et vient saisir une longue bandelette de gaze iodoformée destinée à faire un drainage abdomino-vaginal. Ceci fait, on retire les éponges et on fait un lavage abondant de la surface saignante au moyen d'une solution de sublimé à 1/2000, portée à 45°. Toilette de la cavité kystique au moyen d'éponges ; il n'y a plus qu'un léger suintement ; aussi, après quelques ligatures posées sur les gros vaisseaux dont nous avons signalé la présence sur la paroi kystique antérieure, on pratique un tamponnement du sac à la gaze iodoformée.

Un drainage de Mickulicz est placé en arrière du sac, le séparant par conséquent des anses intestinales. L'utérus est réduit dans l'abdomen, puis on attire au dehors la plus grande partie possible des parois kystiques, et dans cette manœuvre on s'aperçoit qu'il y a en arrière des adhérences avec des anses intestinales. Il est suturé par des points à la soie au péritoine pariétal. Deux fils d'argent profonds sont placés sur la paroi abdominale au-dessous du kyste. Crins de Florence superficiels.

Ainsi donc, il y a drainage abdominal et abdomino-vaginal du sac et drainage de la grande cavité péritonéale.

Dans la journée, la malade n'a pas beaucoup souffert, on lui fait une demi-piqûre de morphine ; les lèvres sont colorées, le pouls est rapide, la température est de 36°, 6.

Le 30. Il y a écoulement très abondant de sérosité sanguinolente ; très peu d'urines ; malade pâle, abattue, facies tiré, pouls très rapide. On change les gazes superficielles. Le soir, hoquet et renvois constants. Température : matin, 37°, 3 ; soir, 38°. Pouls à 166.

Le 31. Mort dans la matinée.

L'Autopsie montra qu'au-dessous des tampons de gaze iodoformée il existait environ 400 gr. de caillots cruoriques. La surface placentaire avait donc continué à suinter.

L'enfant, une fille, pesait 2,980 gr. Elle était parfaitement développée et n'avait aucune malformation. Il existait une légère dépression au niveau du pariétal droit. Elle fut placée dans une couveuse pendant cinq jours. Elle se développa régulièrement et quitta l'hôpital au bout de trois semaines. A quatre mois, c'était une belle enfant. Au mois d'août 1893, elle mourut de convulsions.

Obs. LVII. — *Grossesse tubaire de sept mois avec enfant vivant. Laparotomie. Rupture du sac. Hémorrhagie considérable arrêtée seulement par la ligature de l'artère utéro-ovarienne. Mort de la mère dans le collapsus. Enfant vivant.* — Sippel. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1892, p. 826. — Femme présentant, avec une grossesse tubaire de sept mois et enfant vivant, des signes d'obstruction intestinale.

Incision de la paroi abdominale. L'utérus mou, augmenté de volume, dépassant de quatre doigts la symphyse, est déplacé à gauche. A sa droite et en avant, séparé de lui par un sillon, se voit le sac fœtal, à parois minces, remontant à deux doigts au-dessus de l'ombilic; les deux tiers occupent la cavité abdominale, un tiers se trouve situé dans le ligament large.

Le ligament rond droit passait en décrivant une courbe sur la portion interne du segment fœtal intraligamenteux. La trompe droite partait de l'utérus, en arrière du ligament rond, et allait se perdre dans le sac fœtal après un trajet de 4 à 5 centim. qui était perméable.

L'enfant était placé verticalement, la tête appuyée sur le cul-de-sac vaginal droit ; le sac était si mince que l'on voyait par places l'enfant au travers. Le placenta inséré sur le feuillet postérieur du ligament large était reconnaissable à la coloration bleue. Une portion du sac était située derrière l'utérus avec la surface postérieure duquel se continuait le ligament large.

On détacha facilement les adhérences avec la paroi, l'épiploon et l'intestin. Toute la portion extraligamentaire du sac fœtal alors libérée put sortir de la cavité abdominale.

Au moment où l'on pouvait saisir l'artère utéro-ovarienne, survint tout à coup une rupture transversale du sac, juste au-dessus de l'insertion placentaire, ce qui amena une hémorrhagie considérable. Cette rupture se produisit par la contraction des muscles de la paroi qui augmentèrent la pression intérieure du sac.

A ce moment, l'utéro-ovarienne ne pouvait plus être saisie ; la compression

faite avec l'éponge augmenta la rupture ; la situation devenait critique. Le sac fut alors vivement incisé en un point dépourvu de vaisseaux et un enfant vivant, bien développé, fut extrait. La grande surface placentaire put alors être comprimée simultanément par le côté externe et le côté interne. *Une longue pince, placée le long du bord de l'utérus, n'avait en aucune façon arrêté l'hémorrhagie.*

Les mains des aides qui faisaient la compression remplissaient la cavité abdominale si bien qu'on ne pouvait plus arriver à l'utéro-ovarienne. Une incision transversale fut alors faite au-dessous de l'ombilic et vers la droite. Chaque lèvre fut alors saisie et fortement attirée avec des pinces de Museux qui pinçaient en même temps les deux bouts de l'épigastrique. On put alors saisir avec une pince, sans rien voir, et par-dessous les mains des aides, l'utéro-ovarienne au niveau de son changement de direction ; une ligature fut de suite appliquée. *La colossale hémorrhagie venant du placenta s'arrêta aussitôt,* malheureusement trop tard.

Depuis le moment de la rupture du sac jusqu'à celui de la ligature, il s'est à peine écoulé le temps nécessaire à raconter l'accident. Cependant la patiente, déjà très affaiblie par les vomissements antérieurs, ne sortit pas du collapsus, malgré des injections sous-cutanées de chlorure de sodium et des injections rectales ; elle mourut vingt heures après.

OBS. LVIII. — *Grossesse extra-utérine intraligamentaire de trente-sept semaines. Enfant vivant à terme. Laparotomie. Extirpation du sac et du placenta. Enfant et mère vivants.* — G. E. REIN. *Centralblatt für Gynäkologie*, 1892, résumée in *Gazette de Gynécologie*, 1892, p. 156. — Petite bourgeoise, âgée de 35 ans, ayant eu déjà quatre grossesses sans accidents puerpéraux. Au deuxième mois de la grossesse actuelle, elle est prise d'hémorrhagie et de collapsus et reste un mois et demi malade. Ces phénomènes reparaissent au neuvième mois, ce qui la décide à entrer à l'hôpital. L'abdomen est asymétrique, comme si c'était un kyste intraligamenteux. Le ventre est développé comme dans une grossesse à terme, et est aplati à droite. Le palper abdominal fait reconnaître le fœtus en position oblique, ses mouvements sont vifs, son cœur bat 150 fois par minute ; le souffle placentaire s'entend à gauche et la main appliquée à ce niveau perçoit une sorte de frémissement cataire. Le kyste fœtal est peu mobile ; au-devant de lui, et remontant jusque vers l'ombilic, se trouve l'utérus. L'hystéromètre y pénètre à 17 centimètres et demi, et se dirige vers l'angle gauche ; le col est ouvert et le doigt entre facilement au delà de l'orifice interne. On pose le diagnostic de grossesse tubaire, transformée au deuxième mois en intraligamentaire ; fœtus vivant.

Laparotomie le 14 février 1890. — L'incision du sac fœtal tomba juste sur l'insertion placentaire, mais l'hémorrhagie fut minime, parce que les assistants comprimèrent les bords de la section à la main : les vaisseaux les plus volumineux furent liés. L'enfant fut extrait vivant.

Le placenta et le sac fœtal en entier furent énucléés, comme si l'on avait eu affaire à un kyste intraligamenteux. Cette manœuvre fut difficile, parce qu'il

adhérait au méso de l'S iliaque, à l'épiploon, à l'utérus. L'opération dura une heure et quart et fut exécutée en présence de cinquante personnes, médecins ou étudiants, suivant la méthode antiseptique.

Drainage de la cavité abdominale par un tube de verre. Guérison. La caduque fut expulsée avec de fortes douleurs, du deuxième au cinquième jour après l'opération. L'enfant vit encore (décembre 1892), plus de deux ans après l'opération. Au moment de l'intervention, il pesait 3,200 gr., avait 49 centim. de long, était fort et bien portant comme un enfant à terme. Légère asymétrie de la tête.

OBS. LIX. — *Grossesse extra-utérine de huit mois. Laparotomie. Extraction d'un enfant vivant qui meurt rapidement. Placenta laissé en place. Guérison de la mère.* — ROCHEL. *Bulletin de la Société belge de gynécologie*, 1892; et in *Centralblatt für Gynäkologie*, 1892, p. 132. — C. S .., 23 ans, faible de constitution, n'a jamais accouché et n'a pas eu de fausse couche. Grossesse depuis le 4 décembre 1890. Bonne santé jusqu'au 4 mars 1891; à cette époque, coliques terribles, ballonnement énorme du ventre, vomissements bilieux. T. 39°,5; pouls 130, petit et filiforme. Il y avait sans aucun doute développement d'une pelvi-péritonite.

Quelques jours plus tard, après la disparition des symptômes menaçants, on constata la présence d'une double tumeur : la première, sur la ligne médiane, s'élevant au-dessus de la symphyse, indolente à la pression, pyriforme, lisse, c'est l'utérus; l'autre, complètement indépendante de la première, située à droite, volumineuse et très sensible, c'est le sac fœtal. La malade peut reprendre ses occupations au bout de vingt jours.

A la fin d'avril, premiers mouvements du fœtus, qui déterminent dans la fosse iliaque droite des douleurs terribles.

Le 10 août, essoufflement; entrée à l'hôpital d'Anvers le 19. Le 21, laparotomie. Ouverture de l'abdomen. Incision du sac, extraction de l'enfant, section du cordon ombilical entre deux pinces, près de son insertion placentaire. Sac fœtal suturé à la paroi; tamponnement du sac à la gaze iodoformée, achèvement rapide de l'opération. L'élimination du placenta eut lieu lentement et avec beaucoup de difficultés.

Le 8 octobre, la malade quitte le lit et est actuellement (1894) en excellente santé.

OBS. LX. — *Grossesse extra-utérine intraligamenteuse de huit mois. Menace de rupture. Laparotomie. Incision du kyste à travers l'insertion placentaire. Extraction d'un enfant vivant. Tamponnement du sac. Mort de la mère* (1888). — LEBEC. *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1891. — Femme de 35 ans, ayant eu, treize ans auparavant, un enfant venu à terme. Trois ans plus tard, hématocèle (?). Depuis cette époque, les règles furent douloureuses et parurent pour la dernière fois le 20 septembre 1887. Le 15 octobre suivant, apparurent des vomissements et des douleurs dans le ventre et dans les reins; bientôt après, les reins se gonflèrent et il y eut un peu d'écoulement roussâtre par le vagin.

15 février 1888. Elle est adressée au Dr Lebec comme atteinte d'hématocèle. A ce moment, on constate que le ventre est développé, dans la portion sous-ombilicale, comme celui d'une femme enceinte de cinq mois ; il est dilaté transversalement, on y sent une masse dure, plus développée à droite qu'à gauche, montant à deux travers de doigt de l'ombilic et se prolongeant dans les fosses iliaques en formant comme deux cornes. La tumeur est dure à droite, fluctuante à gauche, et, de ce côté, on perçoit à l'auscultation un bruit de souffle utéro-placentaire extrêmement fort. Ce bruit, que rien ne modifie, va en diminuant vers la ligne médiane et cesse tout à fait à droite. En aucun point on ne peut entendre le double bruit caractéristique des battements du cœur fœtal. Le reste du ventre est souple, facile à explorer, non douloureux.

Le col utérin est très élevé, collé contre la branche droite du pubis et fortement déjeté de ce côté. Il est entr'ouvert, mou, violacé; le vagin a de gros plis fortement colorés.

Une sonde en gomme, introduite par l'orifice du col, pénètre à 14 centim. ; l'utérus est en latéro-version droite. Le cul-de-sac postérieur est fortement repoussé en bas et la tumeur, qui fait saillie à ce niveau, est fluctuante, mais on n'y sent pas de battements. Les seins sont gonflés et contiennent du lait, les veines de la peau sont dilatées. Constipation. Gêne mécanique de la miction. La malade a très bien remarqué que sa tumeur s'est développée lentement, mais progressivement. Pas de fièvre.

Le 25. Il survient des crises douloureuses, des coliques, et un peu d'écoulement sanguin sans caillots. Amélioration du 5 au 20 mars ; il survient alors des vomissements que rien n'arrête, il y a des lypothymies, un affaiblissement rapide ; les coliques sont plus fortes.

Le 22 mars. M. Lebec se décide à intervenir. Il pratique à droite de la ligne médiane, pour éviter la région où l'on entend le souffle placentaire, une incision verticale qui monte du pubis à deux travers de doigt de l'ombilic; il arrive couche par couche, à travers le muscle droit, sur le péritoine, qui n'adhère pas aux parties profondes; il l'incise et met à découvert l'utérus dont le fond, un peu déjeté à droite, et large de 7 à 8 centim., dépasse le pubis de trois travers de doigt. Le ligament latéral gauche est soulevé par le kyste fœtal, qui aurait été rompu antérieurement, à en juger par la présence de caillots sanguins libres dans le péritoine. Du ligament large gauche auquel elle adhère, la tumeur passe en arrière de l'utérus et du ligament large droit, sans adhérer ni à l'un ni à l'autre; elle remonte en haut vers l'ombilic; sa surface régulière, rénitente, d'un bleu violacé, est formée par le placenta qui l'enveloppe complètement. M. Lebec cherche en vain une voie qui lui permette de ne pas le traverser. Ces tentatives infructueuses déterminent une abondante hémorrhagie ; on essaie, sans succès, d'arrêter le sang avec des pinces hémostatiques; on fait comprimer en masse avec des éponges.

L'incision abdominale est agrandie et une incision transversale permet de mettre à nu toute la surface placentaire. Lebec plonge la main à ce niveau, traversant ainsi le placenta, saisit à une assez grande profondeur un pied du

fœtus et en fait rapidement l'extraction. La cavité est tout de suite bourrée d'éponges et les aides exercent par-dessus une compression énergique. Aucune tentative pour extraire le placenta. La plaie, largement saupoudrée d'iodoforme, est maintenue ouverte. Compression avec de l'ouate et un bandage de corps. Au réveil, la malade était d'une grande faiblesse, avec un pouls presque introuvable; malgré une transfusion du sang, elle succomba deux heures après. L'enfant, une fille, vécut vingt-quatre heures.

Suivent les détails de l'autopsie, qui semblent montrer que la grossesse en question était une grossesse intraligamenteuse gauche. Un seul fait intéressant est l'insertion du placenta qui, appliqué sur la face antérieure et le sommet de la poche, formait une zone vasculaire qu'on avait traversé et en son milieu.

Obs. LXI. — Beisone. *Gaz. med. di Torino,* 1881, p. 553. — Cet auteur est cité par Pozzi comme ayant fait la laparotomie pour grossesse ectopique avec enfant viable. La mère mourut, l'enfant vécut.

(Nous n'avons pu nous procurer cette observation.)

CONCLUSIONS

I. — Dans la grossesse ectopique parvenue au septième mois, la viabilité de l'enfant est certaine. D'autre part, les statistiques vont en s'améliorant en même temps que la technique opératoire. Il est donc actuellement légitime d'essayer de sauver la mère et l'enfant.

II. — On attendra pour opérer la trente-cinquième à la trente-sixième semaine, à la condition qu'il n'y ait pas d'accidents du côté de la mère et qu'il n'y ait pas de début de faux travail ; dans ces cas, il faut opérer d'urgence.

III. — Cette même opération sera pratiquée si la femme porteuse d'une grossesse ectopique avec enfant viable est in extremis.

IV. — Il y a deux moyens pour opérer : l'élytrotomie et la laparotomie.

V. — L'élytrotomie doit être rejetée dans les cas que nous étudions.

VI. — La laparotomie est l'opération de choix ; elle doit être pratiquée dans la position de Trendelenburg ; mais comme ses dangers résident dans le placenta, il faut faire son possible pour en diagnostiquer le point d'insertion.

VII. — Le sang provient le plus souvent de l'utéro-ovarienne et de l'utérine, accessoirement des adhérences épiploïques. Il faudra, dans tous les cas où cela sera possible, faire l'hémostase préventive, soit en liant ou pinçant ces deux artères, soit en entourant le kyste d'une ligature élastique. Cette conduite sera toujours suivie lorsque l'insertion placentaire sera en avant. Ces procédés pourront également être appliqués après la production de l'hémorrhagie. Les cas où ils ne sont pas applicables seront traités par le tamponnement.

VIII. — Il y a trois manières de traiter le placenta :

1° L'abandon pur et simple sans drainage, procédé non encore essayé lorsque l'enfant est vivant.

2° L'abandon avec drainage, procédé d'urgence nécessitant parfois une opération secondaire.

3° L'ablation complète, précédée d'hémostase préventive, ou suivie du tamponnement du sac lorsque ce dernier n'est pas enlevé en même temps.

IX. — Le traitement du sac varie suivant qu'il est ou non adhérent.

Adhérent, il ne reste plus qu'à faire le drainage par l'abdomen et par le vagin.

Libre, il ne faut pas faire de sutures préalables avant de l'ouvrir.

Une fois l'enfant extrait, il faut pratiquer l'ablation totale du sac et du placenta et, si cela n'est pas possible, faire la marsupialisation.

Dans quelques cas exceptionnels, on pourra appliquer le procédé de Martin.

X. — Au cas où le placenta serait inséré en avant dans un sac adhérent, il faudrait le transpercer rapidement, faire comprimer chaque lèvre, puis extraire l'enfant et laisser le délivre en place.

Si le sac est libre, il faut n'inciser le sac qu'après une hémostase préventive et ne pas craindre, pour la pratiquer, de faire des incisions transversales des parois abdominales.

XI. — La marche de l'opération est la suivante :

1° Incision verticale et médiane, à laquelle viendront se joindre des sections transversales en cas de besoin.

2° Extraction de l'enfant faite avec soin et sans blesser le placenta dans les cas où il n'y a pas de sac, ou lorsqu'il est adhérent.

Si le sac est libre, énucléation hors de l'abdomen, ouverture et extraction du fœtus.

Si le placenta est inséré en avant, il ne faut ouvrir le sac qu'après une hémostase préventive.

3° L'ablation totale du sac et du placenta sera faite toutes les fois qu'elle paraîtra possible, qu'il n'y aura pas de fortes adhérences intestinales et que la formation d'un ou plusieurs pédicules sera faisable.

Dans les cas contraires, il faudra s'en tenir à la marsupialisation ou au procédé de Martin, précédés de l'ablation du placenta.

L'arrière-faix ne sera abandonné que lorsqu'il aura une surface large

d'implantation et des insertions intestinales et aussi lorsqu'on aura un sac adhérent à la paroi.

L'hystérectomie sera pratiquée lorsque le placenta s'insérera sur l'utérus dans sa plus grande étendue, ou bien lorsque la matrice sera rendue extra-abdominale dans certains cas de marsupialisation.

4° L'incision abdominale sera fermée complètement dans les cas d'ablation totale et dans le procédé de Martin.

Cette fermeture ne sera que partielle dans les cas de marsupialisation, d'hystérectomie et lorsque le placenta sera abandonné.

XII. — Lorsque le placenta sera laissé en place, il ne faudra pas hésiter, en cas d'accidents, à faire une opération secondaire.

BIBLIOGRAPHIE

Annaker. — *British medical Journal,* 1888, p. 290.
Audry. — *Archives de Tocologie,* août 1890.
Baudelocque. — *L'art des accouchements,* 1796.
Beisone. — *Gazetta medica di Torino,* 1881, p. 553.
Braun-Fernwald. — *Archiv für Gynäkologie,* 1890, p. 286.
Breisky. — *Wiener medicinische Wochenschrift,* 1887, p. 1650.
Bula-Lafont. — Thèse, Bordeaux, 1891.
Cazeaux. — *Traité des accouchements.*
Champneys. — *Transactions of the obstetrical Society of London,* 1888, p. 456.
Charpentier. — *Traité des accouchements,* t. I.
Chroback. — *Wiener klinische Wochenschrift,* 1891, p. 184.
Clayton. — *Obstetrical Journal of Great Britain and Ireland,* 1876.
Cullingworth — *Société royale de médecine et de chirurgie de Londres,* 1893.
Delbet. — *Gazette de gynécologie,* 1890, p. 98.
Depaul. *Archives de Tocologie* , 1875, p. 401.
— *Archives de Tocologie,* 1880, p. 101.
Deschamps. — Thèse, Paris, 1880.
Eastman. — *The American Journal of Obstetrics,* 1888, p. 929.
Eulenburg. — *Real Encyclopädie der gesammten Heilkunde* (article Extra-nterinschwangerschaft), Vol. 7, p. 6.
Fenger. — *American Journal of obstetrics,* février 1893.
Fraenkel. — *Archiv für Gynäkologie,* XIV.
Freund. — *Archiv. für Gynäkologie,* XXII, Heft I.
Frommel. — *Münchener medicinische Wochenschrift,* 1892, p. 1.
Gaillard Thomas. — *New-York medical Journal,* mars 1879.
Gardien. — *Traité d'accouchement,* t. I, 1816.
Gaulard. — *Société obstétricale de Paris,* 1893.
Gauthier. — Thèse, Paris, 1893.
Gervis. — *British medical Journal,* 22 décembre 1877.
Gilbert. — *Boston med. and surg. Journal,* 3 mars 1877.
Gilchrist. — Thèse, Paris, 1893.
Robert Greenlaght. — *Medical Mirror,* 1864, p. 689.
Gubb. — Thèse, Paris, 1893.
Guéniot. — *Société obstétricale,* 1893.
Harris. — *American Journal of Obstetrics,* novembre 1887.
— *American Journal of medical sciences,* 1888, II, p. 262.
Hauff. — *Medicinischen Annalen* herausgegeben von Puchelt, Chœlius und Nœgelé 1842, VIII p. 439.
Heim. — *Rust Magazin fur die gesammte Heilkund,* 1813, Bd. III.
Hermann. — *Transactions of obstetrical Society of London,* 1887, XXIX, p. 505.
Hofmeier. — *Zeitschrift für Gebürtsh. und Gynäk,* 1880, V.
— *Manuel de gynécologie opératoire,* traduction française.

Johnson. — *Pan american medical Congress*, septembre 1893 ; résumé in *American Journ. of Obstetrics*, 1893.
Handfield (Jones). — *British medical Journal*, 13 mai 1893.
Kœberlé. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1863, p. 161.
Keller. — Thèse, Paris, 1872.
King. — *The London medical repository*, 1819, XII, p. 241.
Landau. — *Archiv für Gynäkologie*, 1881, p. 436.
Lange. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1885, p. 465.
Larsen. — *Bibliotek for Læger*, janvier 1894, C. Bd. traduite in *Annales de Gynécologie*, février 1894, p. 135.
Laskine. — *Archives générales de médecine*, 1893.
Lawson Tait. — *The obstetrical Journal of Great Britain and Ireland*, 1880.
— *American Journal of Obstetrics*, 1888, p. 289.
— *British medical Journal*, 7 janvier 1888.
— *Traité des maladies des femmes*, traduit par Betrix, Paris, 1891.
Lazarewicz. — *Wratch.*, 1886, n° 4, p. 76.
Pietro Lazatti. — *Manuele del Parto Mechanico od instrumentale del Lovati.* Milano, 1854.
Le Bec. — *Société de chirurgie de Paris*, 1891.
Le Dentu. — *Études de clinique chirurgicale*, Paris, 1892.
Litzman. — *Archiv. für Gynäkologie*, 1880, XVI, 362.
Garcia Lopez. — *La Cronica medica y el progresso gynecologico,* Valence, 1889.
Lugeol. — *Journal de médecine de Bordeaux*, janvier 1893.
Angus Macdonald. — *Edinburg medical Journal*, 1884, p. 697.
Marchand. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris,* 1892.
Martin. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1881.
— *Congrès international de Londres,* 1881.
— *Congrès de gynécologie de Bruxelles,* 1893.
— *Medicinische Geselschaft*, Berlin, 1890.
Mathieson. — *Transactions of the obstetrical Society of London,* 7 mai 1884.
Mattfeld. — *Neue Zeitschrift*, 1827, t. I.
Maygrier. — Thèse d'agrégation, 1886.
Meadows. — *Transactions of the obstetrical Society of London*, 1873, p. 309.
Mouratoff. — *Quatrième Congrès en mémoire de Pirogoff.*
Müller. — *Bulletins des sciences médicales publiés au nom de la Société médicale d'émulation de Paris*, 1811, VII.
Netyel. — *Hygiæa*, Stöckolm, 1881, p. 169.
Dominique Novara. — *Journal universel des sciences médicales,* 1816, t. III, p. 11.
Olshausen. — *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 1890, n° 8.
— *Verhandlungen des Xe internationalen medicinischen Congress*, 1890.
Parry. — *Extra-uterine pregnancy*, Londres, 1876.
Pépin. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1892.
Pinard. — *Annales de gynécologie*, avril 1889 et 1892.
— *Semaine médicale*, 1894.
— *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (article Grossesse extra-utérine).
Playfair. — *Traité de l'art des accouchements*, traduction Verneil, Paris, 1879.
Pozzi. — *Traité de gynécologie*, 2e édition.

Morecai Price. — *The american Lancet*, oct. 1893, p. 368.
Puech. — *Annales de gynécologie*, 1879, II, p. 16.
Reed. — *American Journal of Obstetrics*, févr. 1892.
Regnauld. — Thèse, Paris, 1891.
Rein. — *Centralblatt für Gynäcologie*, 1892.
Ribemont et **Budin.** — *Archives de Tocologie*, 1879, p. 449.
Rochel. — *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bruxelles*, 1892.
Rocquet. — Thèse, Paris, 1892.
Ross. — *American Journal of Obstetrics*, 1893, p. 1.
Sale. — *American Journal of Obstetrics*, 1880 (article de Wilson).
Schauta. — *Beitræge zur Casuistik, Prognose und Therapie der Extrauterinschwangerschaft* Prague, 1891.
— *Berliner klinische Wochenschrift*, 1891, n° 28.
Schrœder. — *Zeitschrift für Gebürt. und Gynäk.*, 1880, Bd. V (article de Hofmeier.)
Schneider. — *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1892.
Schreger. — *Monatschrift für Gebürt.*, XIV, p. 289.
Simon. — *Académie royale de chirurgie*, t. V, p. 356.
Sippel. — *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1892.
De Smet. — *Des grossesses extra-utérines*, Bruxelles, 1868.
Heyvood Smith. — *Transactions of obstetrical Society of London*, 1878, p. 5.
Soutougin. — *Wratch*, 1892.
Spaeth. — *Zeitschrift für Gebürt. und Gynäk.*, XVI, 1890.
Spiegelberg. — *Archiv. für Gynäkologie*, 1878, XIII.
Stadfeld. — *Hospitals Tidende*, 1886, p. 889.
Stratz. — *Centralblatt für Gynäkologie*, 1889, p. 827.
Max von Strauch. — *St-Petersburger medicinische Wochenschrift*, avril 1892.
Tarnier et **Budin.** — *Traité de l'art des accouchements*, II, 1888.
Taylor. — *British medical Journal*, 14 mai 1892.
— *Transactions of obstetrical Society of London*, avril 1891.
Trachet. — *Archives de Tocologie*, 1888.
Treub. — *Zeitschrift für Gebürt. und gynäk.*, 1888, XV, p. 384.
Urbain. — *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bruxelles*, 1893, n° 7.
Vedeler et **Norman.** — *Norsk Magazin for Laegeridenskabe*, 1880.
Velpeau. — *Dictionnaire en 30 volumes* (article Grossesse extra-utérine).
Walton. — *Bulletin de la société d'obstétrique et de gynécologie de Bruxelles*, oct. 1889.
Wathen. — *New-York medical Journal*, 1888, p. 125, et mars 1890.
Wœrth. — *Beiträge zur Anatomie und zum operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft*, Stuttgard, 1891.
— *IIIe congrès tenu à Fribourg par la Société de gynécologie allemande*, 1889.
— *Compte rendu du Congrès international de Copenhague*, 1885.
Wiesel. — Inaugural dissertation, Iéna, 1891.
John Willam. — *Transactions of the obstetrical Society of London*, 1887, p. 482.
Wilson. — *The American Journal of Obstetrics*, 1880.
Zimigrodski. — *Centralblatt für Gynäkologie*, 1888.
Zweifel. — *Centralblatt für Gynäkologie*, 1892, p. 60.

TABLE DES MATIÈRES

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE


24ColorCard CameraTrax.com


STAINLESS STEEL